

2026

Evidencia de

cobertura

Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Este documento es para los miembros de los siguientes condados: Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington

Gracias por elegir los planes de Providence Medicare Advantage. Estamos encantados de tenerlo como miembro. Este documento está repleto de información útil sobre la cobertura, los beneficios y los recursos del plan para que usted pueda aprovecharlo.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar.

- + Visítenos en [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)**
- + Llámenos al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre, cerramos los sábados y domingos.**
- + ¿Utiliza un dispositivo TTY para personas con problemas auditivos? Llámenos sin cargo al 711**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

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

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Esta llamada es gratuita.

Este plan, Providence Medicare Pine + Rx (HMO), es ofrecido por Providence Health Assurance. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Pine + Rx (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos CD de audio, tamaño de letra grande y braille.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos y/o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le notificaremos los cambios que puedan afectarlo con al menos 30 días de antelación.

H9047_2026PD_PHA1573_C

Aprobación de OMB 0938-1051 (Vencimiento: 31 de agosto de 2026)

Índice**Índice****CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro..... 5**

SECCIÓN 1	Usted es miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para los miembros.....	7
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes.....	9
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual del plan.....	16
SECCIÓN 6	Mantenga nuestro registro de miembro del plan al día	18
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos..... 21

SECCIÓN 1	Contactos de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)	21
SECCIÓN 2	Reciba ayuda de Medicare	25
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	27
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO)	28
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	29
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	34
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	35

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 36

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	36
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	38
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	43
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	46
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	48
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	49

Índice**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)..... 52**

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos por servicios cubiertos que paga de su bolsillo	52
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios y costos médicos	54
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	125

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 131

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de la Parte D.....	131
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....	131
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	136
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	138
SECCIÓN 5	Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera	139
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos se puede modificar durante el año	142
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	145
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	146
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	147
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos.....	149

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D..... 152

SECCIÓN 1	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D	152
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)	155
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)</i> de la Parte D le explica en qué etapa de pago se encuentra.....	155
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	157
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	158
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	164
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales	164
SECCIÓN 8	Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D	164

Índice

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	167
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos.....	167
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	170
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	171
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....	173
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	173
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	180
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	182
SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	182
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	183
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	184
SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	184
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	188
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	197
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto.....	208
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	214
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	218
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	222
CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	226
SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan.....	226
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	226
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	229

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	230
SECCIÓN 5	Providence Medicare Pine + Rx (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	230
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....		233
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	233
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	233
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	234
SECCIÓN 4	Aviso sobre circunstancias inusuales.....	234
SECCIÓN 5	Responsabilidad de terceros	234
CAPÍTULO 12: Definiciones		237

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Providence Medicare Pine + Rx (HMO), que es un HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura para medicamentos y atención médica a través de nuestro plan, Providence Medicare Pine + Rx (HMO). El plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO son las siglas en inglés de Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Providence Medicare Pine + Rx (HMO) desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Providence Medicare Pine + Rx (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Providence Medicare Pine + Rx (HMO) 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 Requisitos de elegibilidad

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

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

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Washington: Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su área nueva. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

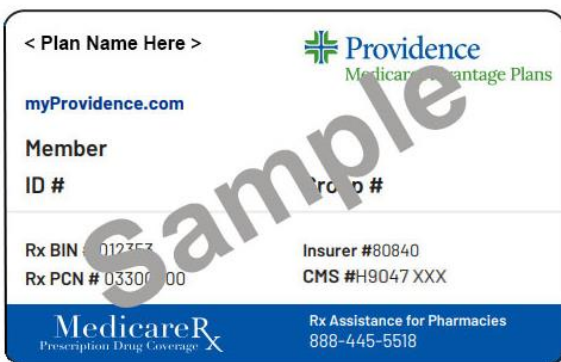
También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Providence Medicare Pine + Rx (HMO) si no cumple los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Providence Medicare Pine + Rx (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros****Sección 3.1 Su tarjeta de miembro de nuestro plan**

Use su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Modelo de la tarjeta de miembro del plan:



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

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

El *Directorio de proveedores y farmacias* (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también muestra qué farmacias de la red tienen costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias* puede pedir una copia (en formato electrónico o impreso) a través de Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Las solicitudes de *directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Providence Medicare Pine + Rx (HMO). El plan, con la colaboración de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en la Lista de medicamentos, a menos que se hayan quitado o reemplazado, según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos del plan Providence Medicare Pine + Rx (HMO).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite <http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary> o llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte las Secciones 4.3 y 4.4 para obtener más detalles.	\$0
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener detalles).	\$6,750
Consultas en consultorio de atención primaria	\$0 por consulta
Consultas en consultorio a especialistas	\$45 por consulta
Hospitalizaciones	Copago de \$395 por día para los días 1 al 4 y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 5 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubiertos por Medicare.
Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener detalles).	Deducible: \$250 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D (solo se aplica a los Niveles 3, 4 y 5).
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	<i>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</i>

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sus costos en 2026**

- **Medicamentos de Nivel 1: \$0** por cada medicamento con receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por cada medicamento con receta en una farmacia de la red.
- **Medicamentos de Nivel 2: \$10** por cada medicamento con receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por cada medicamento con receta en una farmacia de la red.
- **Medicamentos de Nivel 3: \$47** por cada medicamento con receta en una farmacia de la red preferida o \$47 por cada medicamento con receta en una farmacia de la red.

Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- **Medicamentos de Nivel 4: \$100** por cada medicamento con receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por cada medicamento con receta en una farmacia de la red.

Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- **Medicamentos de Nivel 5: 30%** por cada medicamento con receta en una farmacia de la red preferida o 30% por cada medicamento con receta en una farmacia de la red.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:

Sus costos en 2026	
	Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Subsidio mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima por beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (Sección 4.5)
- Cantidad del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga por separado una prima mensual del plan de Providence Medicare Pine + Rx (HMO).

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

Reducción del subsidio de la Parte B de Medicare

El subsidio de la Parte B de Medicare se deduce de manera automática del cheque mensual del Seguro Social. Mientras esté inscrito en este plan, Providence Health Plan pagará hasta \$24 de su subsidio de la Parte B de Medicare. Por consiguiente, su cheque mensual del Seguro Social aumentará en esta cantidad. No es necesario que complete ninguna documentación para recibir este beneficio. Nos encargaremos de eso por usted. La parte de su subsidio de la Parte B de Medicare que paga Providence Health Plan solo se aplica a cualquier cantidad que no pague Medicaid. La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar este proceso. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses luego de la fecha de entrada en vigencia de este plan. Cualquier aumento faltante se agregará a su próximo cheque luego de que se complete el proceso.

Tenga en cuenta que si cancela su inscripción a este plan, su beneficio del subsidio de la Parte B de Medicare terminará en la fecha en que cancele la inscripción. Tal como se mencionó anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en completar este proceso. Todas las reducciones de la prima que reciba luego de que cancele la suscripción se deducirán en algún momento de su cheque del Seguro Social.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.3 Prima por beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para obtener beneficios adicionales, también llamados *beneficios complementarios opcionales*, usted paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener detalles.

Si eligió la cobertura odontológica complementaria opcional, el precio de la prima es el siguiente:

Plan odontológico complementario opcional	Prima mensual
Providence WA Dental Basic	\$39
Providence WA Dental Enhanced	\$56

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscriba por primera vez en Providence Medicare Pine + Rx (HMO), le informaremos sobre la cantidad de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Medicare determina la cantidad 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 o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta luego de que fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses totales en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, la cantidad promedio de la prima fue de \$36.78. Esta cantidad puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$36.78, que es igual a \$5.149. Y se redondea en \$5.10. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

Sección 4.5 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que es posible que deba pagar según su ingreso, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si está en desacuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Cantidad 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 la prima de nuestro plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarlos en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por todos los medicamentos con receta que reciba, más su saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses del año restantes.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si está en desacuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para formular una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay cuatro formas en que puede pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar con cheque cada mes. Generamos y le enviamos por correo un resumen de la facturación mensual, que incluye un cupón de pagos y un sobre con franqueo pagado. Si pierde el cupón de pago, comuníquese con Servicio al cliente para solicitar uno nuevo.

Si le gustaría enviar su cheque por correo, nuestra dirección de pago es:

Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 4175
Portland, OR 97208

Los cheques deben ser pagaderos a Providence Medicare Advantage Plans, no a CMS ni a HHS. Incluya su ID de miembro en el cheque.

Los pagos vencen el 1.º de cada mes, pero no se consideran tardíos hasta el día 15 de cada mes.

Opción 2: Pago en línea o por teléfono

Puede pagar en línea o por teléfono cada mes. Aceptamos pagos por medio de cuentas de cheques o de ahorro o tarjeta de crédito o débito (Visa o MasterCard únicamente). Puede hacer un pago único o por mes de forma periódica a través de la cuenta myProvidence o del sitio web de Providence. Visite myProvidence.com o Providence.org/premiumpay para empezar. Si le gustaría pagar por teléfono, se encuentra disponible el Autoservicio en el 844-791-1468, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los pagos vencen el 1.º de cada mes, pero no se consideran tardíos hasta el 15 de cada mes.

Opción 3: Haga que deduzcan las multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que descuenten la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

establecerlo. Tenga en cuenta que una vez que el pago de la SSA entre en vigencia, no recibirá un resumen mensual.

Opción 4: Haga que deduzcan las multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de la Junta de jubilación de ferroviarios

Puede hacer que descuenten la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de la Junta de jubilación de ferroviarios. Con gusto lo ayudaremos a establecerlo. Comuníquese con el Servicio al cliente para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Tenga en cuenta que una vez que el pago de la RRB entre en vigencia, no recibirá un resumen mensual.

Cambiar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si decide cambiar la forma en la que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, pueden pasar hasta 3 meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, seguirá siendo responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina el 1.º de cada mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso para informarle que la membresía en nuestro plan se cancelará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de deuda, en un plazo de 90 días. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener la cobertura para medicamentos.

Si tiene dificultades para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de deuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de deuda, tendrá cobertura de atención médica conforme a Original Medicare. Es posible que no pueda recibir cobertura para medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si no tiene una cobertura acreditable para medicamentos durante más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo multas impagas. Si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, tendrá que pagar la cantidad adeudada antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía de manera injusta, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que hizo que no pudiera pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de deuda, dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, revisaremos nuevamente nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario a partir de la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambia durante el año

No se nos permite modificar la cantidad de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la prima nueva entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía adeudada, si debe pagarla, o puede tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para “Ayuda adicional” durante el año:

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

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

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

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga, para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios conforme a nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no esté en la lista, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

le soliciten el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de Providence Medicare Pine + Rx (HMO) al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicio al cliente: información de contacto

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). El Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8608
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

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

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

Decisiones y apelaciones de cobertura sobre atención médica: información de contacto

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-6464 o 1-800-989-7479
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

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

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8646 o 1-800-249-7714
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8757 o 1-800-396-4778
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo puede presentar una queja sobre su atención médica y/o los medicamentos de la Parte D**

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

Quejas sobre la atención médica y/o los medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8757 o 1-800-396-4778
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
Sitio web de Medicare	Puede presentar una queja sobre Providence Medicare Pine + Rx (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de la atención médica o los medicamentos que recibí**

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

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

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340	
	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).	
TTY	711	
	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).	
Fax	Para reclamos médicos	Para reclamos sobre medicamentos de la Parte D
	503-574-8627	503-574-8646
Escriba a	Para reclamos médicos	Para reclamos sobre medicamentos de la Parte D
	Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com	

SECCIÓN 2 Reciba 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Medicare: información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare de su área, incluso lo que cuestan y los servicios que proveen. • Encuentre los doctores u otros proveedores de atención médica que participan. • Obtenga información sobre lo que cubre Medicare, incluso los servicios preventivos (como las pruebas de detección, las vacunas y las consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y los formularios sobre las apelaciones ante Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los centros de cuidados, los hospitales, los doctores, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Providence Medicare Pine + Rx (HMO).

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

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Washington, el SHIP se llama Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Statewide Health Insurance Benefits Advisors, SHIBA).

SHIBA es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del SHIBA también pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Washington SHIP): información de contacto.

Llame al	1-800-562-6900
TTY	360-586-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	SHIBA Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
Sitio web	www.insurance.wa.gov/shiba

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 las personas que tienen Medicare en cada estado. Para Washington, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health si se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen, entre otros, recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o diagnósticos erróneos.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Washington): información de contacto

Llame al	1-888-305-6759 (gratuito) Horario local de 9 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, y de 10 a. m. a 4 p. m. (hora del Pacífico) los fines de semana y días festivos. También puede dejar un mensaje al número gratuito durante las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	711
Escriba a	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad 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 la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Seguro Social: información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **“Programas de ahorro 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). (Algunas personas que tienen QMB también son elegibles para los beneficios completos 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. (Algunas personas que tienen SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Personas que reúnen los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos incapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para conocer más sobre los “Programas de ahorro de Medicare y Medicaid”, comuníquese con Washington Apple Health.

Washington Apple Health : información de contacto

Llame al	1-800-562-3022 El horario es de 7 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes, salvo los días festivos estatales.
TTY	711
Escriba a	Washington Apple Health P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504 Correo electrónico: askmedicaid@hca.wa.gov
Sitio web	www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage

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

El sitio web de Medicare (<https://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) tiene información sobre las formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda adicional” de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado “Ayuda adicional” que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtiene ayuda para pagar la prima del plan mensual, los deducibles anuales y los copagos del plan de medicamentos de Medicare. “Ayuda adicional” también tiene en cuenta los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de forma automática, Medicare le enviará por correo una carta púrpura para informarle. Si no reúne los requisitos de forma automática, puede solicitarla en cualquier momento. Para saber si usted reúne los requisitos para obtener “Ayuda adicional”:

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

Cuando solicita “Ayuda adicional”, también puede comenzar el proceso de solicitud del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social le enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les diga lo contrario en la solicitud de “Ayuda adicional”.

Si reúne los requisitos para obtener “Ayuda adicional” y piensa que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a conseguir pruebas de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene pruebas de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir estas pruebas con nosotros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si cree que le están cobrando una cantidad equivocada de costo compartido. Podemos confirmar su cobertura actual y si la “Ayuda adicional” se está aplicando o no de manera correcta a sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestras conclusiones, podemos pedirle que presente uno de los siguientes documentos para verificar su subsidio por bajos ingresos:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme la condición activa de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónico estatal que demuestre la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una captura de pantalla impresa del sistema de Medicaid estatal que demuestre la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación provista por el estado que demuestre la condición de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una carta del Seguro Social en la que conste que recibe ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI).
- Tras recibir uno de los documentos mencionados, actualizaremos su información en un plazo de 72 horas para que usted pueda recoger sus medicamentos con receta al nuevo costo. Si no puede presentar uno de los documentos mencionados arriba, pero aun así cree que reúne los requisitos para “Ayuda adicional”, Servicio al cliente puede indicarle cómo proceder.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar la cantidad correcta cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más su copago, se lo devolveremos, ya sea con un cheque o con crédito para copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y tiene una deuda con ellos, 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 al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

¿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 con receta de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP) del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Washington.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de intervención temprana (EIP) al 1-877-376-9316.

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 manejar los costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al repartirlos en el **año calendario** (enero a diciembre). Las personas 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) pueden usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a manejar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero ni que disminuya los costos de sus medicamentos. Si participa 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 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto**

Llame al	855-742-2779 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p.m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtenga información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto**

TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) con preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta.

Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Providence Medicare Pine + Rx (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** que se encuentra en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - No necesita remisiones de su PCP para consultar a un especialista de la red, ni para recibir servicios de atención de urgencia o de emergencia. No obstante, es posible que su PCP quiera recomendarle un especialista de la red adecuado para su afección y proporcionarle la atención médica de seguimiento que necesite. Para coordinar la atención, se recomienda que notifique a su PCP cuando desee consultar a un especialista de la red.
- **Debe obtener su atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto quiere decir que tiene que pagar la totalidad de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y consultar cuáles son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Nuestro plan debe dar la autorización antes de que busque atención médica. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener autorización para consultar a un doctor fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor al costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan, su costo compartido no

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

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

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

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

¿Qué es un PCP?

Cuando se inscribe en Providence Medicare Pine + Rx (HMO), debe elegir un proveedor del plan disponible para que sea su PCP asignado. Un PCP es un doctor, un enfermero practicante o un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Además de proporcionarle la atención rutinaria o básica, su PCP coordinará los demás servicios cubiertos que reciba como miembro al plan. Por ejemplo, es posible que su PCP asignado quiera primero dar su aprobación para que usted consulte a un especialista (esto se denomina coordinación de la atención).

Debe acudir a su proveedor de atención primaria (PCP) asignado para recibir servicios de atención primaria. Si consulta a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que no sea su proveedor de atención primaria (PCP) asignado, los servicios no estarán cubiertos.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Hay varios tipos de proveedores que pueden ser PCP. Su PCP podría ser:

- Un doctor de medicina interna
- Un doctor de familia
- Un doctor de medicina general
- Un doctor geriatra
- Un enfermero practicante

¿Cuál es el papel de un PCP en su plan?

Por lo general, usted verá primero a su PCP para sus necesidades de atención médica. Solo hay unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin ponerse en contacto primero con su PCP. Consulte la Sección 2.2 para conocer estas excepciones.

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

Como se ha mencionado anteriormente, su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención. También le ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos, como radiografías, pruebas de laboratorio, tratamientos, consultas a especialistas, ingresos hospitalarios y cuidados de seguimiento. La “coordinación” de sus servicios incluye el contacto con otros proveedores del plan para hablar de su atención y progreso. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que su PCP quiera coordinarlos por adelantado.

¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones o la obtención de una autorización previa (Prior Authorization, PA), si procede?

En algunos casos, su PCP también tendrá que solicitar una autorización previa (aprobación previa) antes de que usted reciba algunos servicios. Dado que su PCP le proporcionará y coordinará la mayor parte de sus servicios de atención médica, debe confirmar que su oficina tiene todos sus registros médicos anteriores.

¿Cómo elegir un PCP?

Puede elegir su PCP a partir del *Directorio de proveedores y farmacias*, disponible en nuestro sitio web: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. También puede llamar a Servicio al cliente para que lo ayuden a elegir su PCP. Una vez que tome su decisión, deberá notificar a Servicio al cliente para garantizar la tramitación y el pago correctos de los reclamos.

Es importante tener en cuenta otros proveedores y centros al elegir su PCP. Por ejemplo, si hay un especialista u hospital específico que desee elegir, primero verifique si su posible PCP, especialista o centro pertenece a nuestra red mediante una búsqueda en nuestro Directorio de proveedores y farmacias, o llamando a Servicio al cliente para obtener ayuda.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, 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 nuevo PCP.

Notifique a nuestro Servicio al cliente si desea cambiar su PCP antes de su primera cita. Los cambios en su PCP entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de su solicitud. En el Servicio al cliente le ayudarán con mucho gusto.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si hay un especialista o un hospital en particular al que desea acudir, coordine sus servicios con su PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin la remisión de un PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19 y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que exigen la atención médica inmediata (pero que no son emergencias) cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. De ser posible, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.
- Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener detalles.
- Exámenes oculares de rutina y equipo de visión de rutina. Puede obtener su examen ocular de rutina y el equipo de cualquier proveedor calificado que acepte Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
- Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles. También, consulte la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener información sobre cobertura odontológica complementaria opcional.
- Exámenes auditivos de rutina y audífonos siempre y cuando use los servicios de un proveedor de audición aprobado. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Servicios de atención alternativa de rutina. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener detalles.
- Póngase en contacto con su PCP para que le recomiende un especialista para sus necesidades de atención médica.

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

El especialista es un doctor que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una determinada 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.

Los servicios de atención médica solo están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Tenga en cuenta que su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y, cuando sea médicamente apropiado, coordinará con un especialista de la red de Providence para que lo siga atendiendo.

Los servicios como cirugías programadas, hospitalizaciones y atención de enfermería especializada deben ser aprobados por Providence Health Assurance antes de la fecha del servicio. Asimismo, las autorizaciones para ver a proveedores fuera de la red deben ser aprobadas por Providence Health Assurance antes de que usted reciba atención. Su PCP es responsable de obtener la aprobación de Providence Health Assurance para lo anterior. Para obtener más información, póngase en contacto con Servicio al cliente.

Si hay un especialista o un hospital en particular al que desea acudir, consulte primero con su PCP para asegurarse de que el especialista o centro que desea estén en nuestra red. Para buscar un proveedor, especialista o centro, visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Para saber qué servicios requieren autorización previa, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su doctor 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 le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud mental deja de participar en nuestro plan y usted ha sido atendido por ese proveedor en los últimos tres años, se lo notificaremos.
 - Si cualquier otro proveedor deja de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si lo atiende en la actualidad o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red calificado para que lo siga atendiendo.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que pueda continuar recibiendo los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le informaremos sobre los períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no estén disponibles o sean insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red. Tenga en cuenta que las normas de autorización previa pueden seguir aplicándose en este caso.
- Si se entera de que su doctor 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 sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO),

interponer una reclamación sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consultar el Capítulo 9).

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

En general, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). A continuación, se indican cinco excepciones que se pagarán a la tarifa de la red si se reciben de un proveedor fuera de la red:

- Atención de emergencia o de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores del área no estén disponibles temporalmente. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.
- Vacunas contra la gripe o la neumonía.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Examen ocular de rutina y lentes y accesorios para la vista de rutina. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. El plan debe dar la autorización antes de que busque atención médica. Su proveedor es responsable de solicitar la autorización antes de prestarle los servicios. Si se recibe la autorización, usted pagará lo mismo que si recibiera la atención de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Cómo 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 atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención

médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red, también tiene atención médica de emergencia o de urgencia cubierta en todo el mundo, si la necesita.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus doctores continuarán tratándolo hasta que se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una 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 doctor le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas a continuación para recibir esta atención de urgencia.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente.

Si tiene una situación médica urgente, puede ponerse en contacto con su proveedor de atención primaria, llamar a la línea de asesoramiento de enfermería al 503-574-6520 o al 1-800-700-0481 y/u obtener servicios de un proveedor de atención urgente. Para obtener más información sobre el costo compartido, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.

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

- Atención de emergencia: Tratamiento que se necesita de manera inmediata, debido a que cualquier retraso implicaría el riesgo de daño permanente para su salud.
- Servicios de urgencia: Servicios que necesita en un plazo de 12 horas para evitar la posibilidad del inicio de una afección médica de emergencia.

Consulte la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre esta cobertura.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare, para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

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

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

Si pagó más que su costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por la totalidad del costo de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos lo que nos corresponda del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre los pasos a seguir.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan debe pagar el costo en su totalidad

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar la totalidad del costo de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite de beneficios para un servicio concreto, cualquier gasto adicional de bolsillo para ese servicio no se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo de su plan. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicio al cliente.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Original

Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren que un ensayo clínico o un registro evalúe el beneficio, incluso determinados beneficios que exigen la cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (IED). Estos beneficios también podrán estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare no aprobó usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios médicos en un estudio de investigación clínica

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

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

Luego de que Medicare pague lo que le corresponda del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio como lo haría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Digamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. La parte que le

corresponde de los costos de este análisis es de \$20 conforme a Original Medicare, pero el análisis tendría un costo de \$10 en virtud de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 obligatorio conforme a Original Medicare. Usted notificaría al plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentaría la documentación (como la factura de un proveedor) ante nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente a usted \$10. Es decir, que su pago neto por el análisis es de \$10, la misma cantidad 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 están 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 realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de las investigaciones sin cargo para cualquier persona que participe en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

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

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

Sección 6.1 Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención 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, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

No hay un límite en la cantidad de días de hospitalización cubiertos por el plan. Para obtener más información, consulte la fila “Atención hospitalaria” de la Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2 del Capítulo 4 de este documento.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No se podrá quedar con algunos artículos del equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un

proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre será propietario de algunos de los artículos de DME, como las prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO), generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** No adquirirá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame al Home Services al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no se tienen en cuenta.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Ninguno de los pagos que ya hizo cuentan (ya sea que los haya hecho en nuestro plan o en Original Medicare).

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Providence Medicare Pine + Rx (HMO) cubrirá lo siguiente:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Providence Medicare Pine + Rx (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

La Tabla de beneficios médicos detalla los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en determinados servicios. Póngase en contacto con el Servicio al cliente para obtener información sobre las exclusiones o limitaciones que no figuran en esta *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.1 Los costos que podrá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que podrá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que obtiene determinados servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos brinda más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el Programa de beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor el comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes de Medicare Advantage tienen límites sobre la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro la red cubiertos por nuestro plan. A este límite se lo denomina como la cantidad máxima que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la cantidad MOOP es de \$6,750.**

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

Las cantidades que paga por los copagos y coseguros para servicios cubiertos dentro de la red cuentan a favor de esta cantidad máxima que paga de su bolsillo. Las cantidades que paga por su multa por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, y los medicamentos de la Parte D no cuentan a favor de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un signo de más (+) en la Tabla de beneficios médicos. Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de \$6,750, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO), cuenta con una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido para recibir los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no le pueden facturar cargos adicionales por separado, denominados **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos al proveedor.

La protección de la facturación del saldo funciona de esta manera:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dólares, por ejemplo, \$15), usted paga únicamente esa cantidad para todos los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esta se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que participan. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando obtiene autorización o en caso de servicios de emergencia o de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que no participan. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas

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

situaciones, como cuando obtiene autorización o en caso de servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes detalla los servicios que cubre Providence Medicare Pine + Rx (HMO) y que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
 - Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
 - Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso aunque el tratamiento sea para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
 - Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan hecho una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba.
 - Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
 - Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.
 - Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el plazo de tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar las interrupciones en la atención,

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

según los criterios de cobertura correspondientes, su historial médico y la recomendación del proveedor que lo trata.

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. En otros, paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [Medicare y Usted 2026]. Véalos en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando 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. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán ocho 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 para proveedores: Los doctores (según la definición de la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/ especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditable por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y	Copago de \$45 por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* (continuación) una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Los proveedores hacen solicitudes de revisión de necesidad médica para los servicios de acupuntura a través de un agente que autoriza e informa a Providence Health Assurance que usted está empezando servicios de acupuntura. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, deberá documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Es posible que se apliquen normas de autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia, incluso de centros fuera de la red a centros de la red. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Copago de \$275 por viaje sencillo en ambulancia por tierra cubierto por Medicare. Copago de \$275 por viaje sencillo en ambulancia aérea cubierto por Medicare. Copago de \$50 por servicios de ambulancia recibidos a través del sistema de respuesta médica de emergencia 911 cuando recibe tratamiento, pero no viaje en la ambulancia. Copago de \$50 por un viaje sencillo en ambulancia autorizado desde un centro fuera de la red a un centro dentro de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen físico anual de rutina Nuestro plan cubre un examen físico anual de rutina, además de la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare. Dicho beneficio le permite consultar con su proveedor sin una queja médica específica e incluye un examen físico integral una vez por año calendario. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen físico anual de rutina.
 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 sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Medición de la masa ósea Para las personas que califican (en general, personas que corren riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluso la interpretación de los resultados de un doctor. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Las consultas por rehabilitación cardíaca se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales. Las consultas por rehabilitación cardíaca intensivas se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.	Copago de \$10 por cada consulta por rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Copago de \$45 por cada consulta por rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual (es decir, usando las manos) de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o varios huesos de la columna se desplazan fuera de su posición) si recibe este servicio de un quiropráctico u otro proveedor cualificado. La manipulación manual es un tratamiento que usa presión activa para desplazar articulaciones y tejidos poco a poco. Se excluye de la cobertura de Medicare todo servicio que no sea la manipulación manual para el tratamiento de la subluxación, como por ejemplo: • Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera tratamiento de mantenimiento cuando ya no se espera que la atención permanente y continua proporcione mejoras clínicas, y el tratamiento ya no es correctivo, sino de apoyo. • Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual portátil para agregar presión controlada durante el tratamiento. • Radiografías, masoterapia y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico). Los servicios deben ser médicamente necesarios y están sujetos a la revisión y la autorización de la cobertura en la red. Los proveedores hacen solicitudes de revisión de necesidad médica para los servicios de quiropráctica a través de un agente que autoriza e informa a Providence Health Assurance que usted está empezando servicios de quiropráctica. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Copago de \$15 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de manejo y tratamiento 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 una evaluación del dolor, administración de los medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales que se provean en el transcurso del tratamiento. No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta en el consultorio del proveedor de atención primaria. Hay un copago de \$45 para la consulta en el consultorio de un especialista.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: - La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. - La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta transcurridos al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se llevó a cabo la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se podrá hacer el pago de una colonografía por tomografía computarizada transcurridos por lo menos 23 meses desde el mes en que se llevó a cabo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo, una vez cada 48 meses a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en la sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento tras un resultado positivo de una prueba de heces no invasiva de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en la misma consulta clínica. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare cubre los servicios odontológicos en determinadas circunstancias: concretamente, cuando dicho servicio es una parte esencial del tratamiento específico para la enfermedad primaria de la persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de algún tipo de cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: • Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica y otros servicios odontológicos o de la mandíbula que administre un doctor. Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos: • Dos exámenes bucales de rutina por año calendario. • Dos servicios de profilaxis (limpieza) o hasta dos servicios de mantenimiento periodontal en lugar de servicios de profilaxis estándares por año calendario. • Hasta una serie de radiografías de aleta de mordida y hasta una única radiografía dental por año calendario. • Una aplicación tópica de tratamiento con flúor por año calendario. Use su tarjeta de ID Dental cuando busque servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos. Si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de beneficios odontológicos, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.	Copago de \$45 por cada consulta odontológica cubierta por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio odontológico preventivo de rutina incluido con cobertura que proporcione un proveedor odontológico de la red. No hay asignación máxima anual para los servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos con cobertura.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios odontológicos* (continuación) Esto no incluye los servicios relacionados con evaluaciones bucales limitadas, atención periodontal de rutina o adicional, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes. Se puede comprar cobertura por servicios odontológicos adicionales por un costo extra. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre. Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. Las tiras reactivas y los glucómetros se limitan a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y/o dispositivos para diabéticos deben proporcionarse y organizarse a través de la red de farmacias minoristas u otro proveedor de la red. 20% del costo total de los zapatos terapéuticos o las plantillas cubiertos por Medicare. Todo equipo médico duradero (DME) debe proporcionarse y organizarse a través de la red de farmacias minoristas, Home Services u otro proveedor autorizado por el plan. No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para conocer la 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 médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja los productos de una marca o fabricante en particular, puede pedirle si pueden hacer una orden especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. El proveedor de DME de su área es Home Services. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	20% del costo total del equipo médico duradero cubierto por Medicare y suministros relacionados. Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es el 20% del costo total, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Todo equipo médico duradero (DME), como monitores de glucosa continuos (CGM), bombas de insulina y sillas de ruedas, debe proporcionarse a través de la red de farmacias minoristas, Home Services u otro proveedor de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que recibe dentro de la red. Usted tiene cobertura de emergencias en todo el mundo. Consulte la sección “Atención médica de emergencia o de urgencia” de esta Tabla de beneficios médicos para obtener detalles.	Copago de \$130 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Si a usted lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas de su consulta a la sala de emergencias, no se aplicará el copago por consulta a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que nuestro plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de acondicionamiento físico Los miembros de Providence Medicare Pine + Rx (HMO) pueden disfrutar de los gimnasios dentro de la red para ayudarles a tomar el control de su salud y a sentirse lo mejor posible. Como miembro, obtendrá lo siguiente a bajo o ningún costo para usted: • Gimnasios de acondicionamiento físico: Tiene acceso a una gran variedad de gimnasios locales. Puede localizar un centro de acondicionamiento físico en un radio de 40 millas en el sitio web de acondicionamiento físico. • Acondicionamiento físico en línea: Hay clases disponibles; consulte los horarios en el sitio web de acondicionamiento físico. Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda para encontrar un centro de acondicionamiento físico participante, quiere inscribirse o saber más sobre el programa, póngase en contacto con el administrador de beneficios. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico estándar.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las recibe de parte de un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado. Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. Servicios auditivos de rutina También podrá recibir un examen auditivo de rutina de un proveedor de audición aprobado por año calendario.	Copago de \$45 por los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen auditivo de rutina con un proveedor de audición aprobado.*

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios auditivos (continuación) Audífonos: Hasta dos audífonos de marca aprobada cada año (uno por oído, por año). El beneficio se limita a los audífonos de marca aprobada, que vienen en distintos estilos y colores y están disponibles en opciones de estilo recargable por \$50 adicionales por audífono. Tenga en cuenta que debe consultar a un proveedor de audición aprobado para usar este beneficio. ¿Está listo para comenzar? Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios. La compra de audífonos incluye: • El primer año de consultas de seguimiento con el proveedor • El período de prueba de 60 días • La garantía extendida por tres años • 80 pilas por audífono para los modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre nada de lo siguiente: • Costo adicional por los audífonos recargables opcionales • Moldes para el oído • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Pilas adicionales; pilas cuando se compran audífonos recargables • Audífonos que no sean de un proveedor de marca aprobada • Costos asociados a los reclamos de garantía por pérdida y daño Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	Copago de \$499 por audífono Standard.* Copago de \$699 por audífono Advanced.* Copago de \$999 por audífono Premium.* Tarifa adicional de \$50 por audífono recargable. *Las cantidades del costo compartido por el examen auditivo de rutina y los audífonos no se tienen en cuenta para el máximo que paga de su bolsillo de su plan.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención de agencia de atención médica a domicilio* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido aplicable que figura en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos si el artículo está cubierto por un beneficio diferente. Por ejemplo, el equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio. Toda la atención y servicios médicos a domicilio deben ser proporcionados por Home Services u otro proveedor autorizado por el plan.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión a domicilio* El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. Los medicamentos no preferidos de la Parte B pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. La lista más actualizada de los medicamentos de la Parte B sujetos al tratamiento escalonado puede encontrarse en nuestro sitio web: https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/formulary-list-of-approved-drugs. Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare. Del 0% al 20% del costo total de los medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare y su administración. Del 0% al 20% del costo total de otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare y su administración. 20% del costo total del equipo médico duradero, las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que son de nuestra propiedad, que controlamos nosotros o en los que tenemos un interés financiero. El doctor de 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 • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención a domicilio Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si lo hace, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso de que se necesite obtener una autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no Providence Medicare Pine + Rx (HMO). Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de hospicio certificado por Medicare. Es posible que se aplique un costo compartido adicional por los servicios de consulta de hospicio prestados durante una hospitalización. Para los medicamentos y cuidados de relevo, puede aplicarse un costo compartido aparte. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio. No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios de consulta de hospicio recibidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria. Copago de \$45 por servicios de consulta de hospicio recibidos en el consultorio de un especialista.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de hospicio (continuación) • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibir el servicio, usted paga únicamente la cantidad del costo compartido de nuestro plan por los servicios en la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare. Para los servicios cubiertos por Providence Medicare Pine + Rx (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare: Providence Medicare Pine + Rx (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal para atención de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal para atención de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por la atención de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. (Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). Nota: Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas de adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19. No se requiere coseguro, copago ni deducible para todas las demás vacunas de la Parte B cubiertas por Medicare. Debe acudir a un proveedor de Medicare para recibir la vacuna contra la gripe y/o la neumonía. La mayoría de las vacunas se pueden conseguir en la farmacia local.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención para pacientes hospitalizados* Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado. Salvo en una emergencia, su proveedor debe informarnos que usted será ingresado en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de hospitalización por consumo de sustancias • Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la	Durante los días 1-4, usted paga un copago de \$395 cada día por cada hospitalización cubierta por Medicare. Desde el día 5 en adelante, no se requiere coseguro, copago ni deducible por cada hospitalización cubierta por Medicare. Para la atención de hospitalización, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital. El costo compartido se cobra por cada hospitalización. El traslado de un hospital a un tipo de centro distinto (como un hospital de rehabilitación con hospitalización o un hospital para atención a largo plazo) se considera un ingreso nuevo. Para cada hospitalización, está cubierto por una cantidad ilimitada de días, siempre y cuando la hospitalización esté cubierta según las normas del plan. No se aplican los períodos de beneficios en hospitales de Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención para pacientes hospitalizados* (continuación) comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Providence Medicare Pine + Rx (HMO) presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Los gastos de viaje están sujetos a autorización previa y a la elegibilidad del receptor. El reembolso máximo total permitido para los viajes para recibir un trasplante es de \$5,000. Los gastos de comida y alojamiento se limitan a hasta \$150 por día y se aplican al máximo de \$5,000. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están también cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos. Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente hospitalizado. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios en hospitales de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe suministros para llevar a casa o artículos no relacionados con la afección por la que lo están tratando, usted podría ser responsable de los costos. Si obtiene atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días de por vida de atención para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. Tenga en cuenta que la cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida nunca se restablece. Por ejemplo, si Medicare pagó previamente su hospitalización en un hospital psiquiátrico durante 100 días, su plan solo pagará hasta 90 días de una futura estancia. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. Salvo en una emergencia, su proveedor debe informarnos que usted será ingresado en el hospital. Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Durante los días 1-5, usted paga un copago de \$325 cada día por cada hospitalización en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. Desde el día 6 hasta el día 90, no se requiere coseguro, copago ni deducible por cada hospitalización en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. Para la atención de salud mental con hospitalización, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital. El costo compartido se cobra por cada hospitalización. El traslado a un tipo de centro distinto se considera un ingreso nuevo. No se aplican los períodos de beneficios en hospitales de Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta* Si utilizó la totalidad de sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los odontológicos) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Los servicios y suministros enumerados a la izquierda se seguirán cubriendo según las cantidades del costo compartido que se muestran en las respectivas secciones de esta Tabla de beneficios médicos. Por ejemplo, la fisioterapia se cubrirá a la cantidad del costo compartido indicado en “Servicios de rehabilitación para pacientes externos”.

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

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare* La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, puede necesitar exámenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos totales. Hable con su doctor acerca de qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos por trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	Del 0% al 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Para la administración de los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare, puede aplicarse un costo compartido aparte. Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. El costo compartido de la insulina está sujeto a un costo compartido máximo de \$35 por un suministro para un mes de insulina.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y una persona correctamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que se toman por 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 para convertirse en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, al momento de esta o dentro de las 48 horas posteriores, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Los medicamentos calciomiméticos y los quelantes de fósforo en el marco del sistema de pago de la ESRD, inclusive el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y sonda gástrica). Este enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://www.providencehealthplan.com/medicare/medicare-advantage-plans/formulary-list-of-approved-drugs. También cubrimos algunas vacunas en el marco de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	
Línea de asesoramiento de enfermería ¿Se trata de una situación médica potencialmente urgente? La línea de asesoramiento de enfermería está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El personal de enfermería registrado le ayudará a determinar los siguientes pasos, desde tomar un analgésico hasta acudir a un centro de atención urgente. Tanto si llama por usted como por su hijo, nuestro personal de enfermería puede ayudarlo. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la línea de asesoramiento de enfermería.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del Programa de tratamiento de opioides* Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del Programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare que se prestan en un establecimiento de atención primaria. Hay un copago de \$45 por el tratamiento con un especialista.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Procedimientos especiales de imágenes, como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones. Todos los procedimientos especiales de diagnóstico por imágenes deben ser coordinados por el proveedor que los solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imágenes. • Pruebas especiales de diagnóstico, como ecografías y monitoreo con un monitor Holter. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. El 20% del costo total de los servicios radiológicos terapéuticos y los suministros cubiertos por Medicare. El 20% del costo total de los procedimientos especiales de diagnóstico por imágenes y las pruebas especiales de diagnóstico cubiertos por Medicare. El 20% del costo total de los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare hasta un máximo de \$250 por día. El 20% del costo total de vendajes y suministros, entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare. Estos deben ser proporcionados por Home Services u otro proveedor de la red.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación) • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Las pruebas diagnósticas, excepto las de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su doctor u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos. Tenga en cuenta lo siguiente: Se podrá aplicar un costo compartido por separado si recibe cualquier servicio aparte de las pruebas y procedimientos de diagnóstico de laboratorio, de sangre u otros cubiertos por Medicare que se describieron anteriormente. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio y de sangre cubiertos por Medicare. El 20% del costo total de otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes externos* Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos 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 externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios en hospitales de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Copago de \$90 por servicios de observación cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos* Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si el doctor confirma que de lo contrario se necesitaría tratamiento con hospitalización. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Copago de \$130 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Copago de \$90 por servicios de observación cubiertos por Medicare. Copago de \$310 por cada servicio de cirugía en el hospital para pacientes externos cubierto por Medicare. Las consultas a la clínica ambulatoria no conllevan ningún honorario. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio y de sangre cubiertos por Medicare. El 20% del costo total de otras pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se requiere un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare. El 20% del costo total de los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos* (continuación) • 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 externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios en hospitales de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	El 20% del costo total de los procedimientos especiales de imágenes y las pruebas especiales de diagnóstico cubiertos por Medicare. El 20% del costo total de los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare hasta un máximo de \$250 por día. El 20% del costo total de los suministros médicos cubiertos por Medicare. Del 0% al 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Para la administración de los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare, puede aplicarse un costo compartido aparte. Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe suministros para llevar a casa o artículos no relacionados con la afección por la que lo están tratando, usted podría ser responsable de los costos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta de parejas y familias certificado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Copago de \$40 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Se requiere un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Todos los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional deben ser autorizados de forma ambulatoria. Las notificaciones para los servicios de rehabilitación se completan a través de un agente que autoriza en nombre de Providence Health Assurance. La notificación es la solicitud inicial que se presenta ante el agente que autoriza para informarle a Providence Health Assurance que usted está comenzando servicios de fisioterapia o terapia ocupacional. El agente que autoriza determina si se aprueban las solicitudes o si se necesita una revisión de necesidad médica. *Se puede requerir autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales y las consultas posteriores.	Copago de \$40 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$40 por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos* Los niveles de atención cubiertos para el trastorno por consumo de sustancias incluyen: • Hospitalización parcial/tratamiento diurno • Tratamiento intensivo para pacientes externos • Tratamiento para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Valoración diagnóstica, evaluaciones y planificación del tratamiento • Tratamiento y/o procedimientos • Administración de los medicamentos y otros tratamientos asociados • Tratamiento individual, familiar o grupal • Servicios de administración de casos basados en el proveedor • Intervención de crisis Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los servicios para trastorno por consumo de sustancias deben recibirse de forma ambulatoria en un hospital, centro alternativo o consultorio del proveedor. Además, estos servicios deben ser prestados por un profesional de la salud conductual debidamente cualificado, o por un tercero bajo indicaciones del profesional. Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones.	Se requiere un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de \$55 por cada consulta de terapia intensiva para pacientes externos cubierta por Medicare. Copago de \$45 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos* (continuación) *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios* Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Copago de \$250 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$310 por cada servicio de cirugía en el hospital para pacientes externos cubierto por Medicare. Copago de \$90 por servicios de observación cubiertos por Medicare. Las consultas a la clínica ambulatoria no conllevan ningún honorario.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* <i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.</i> <i>El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) suministrado en un departamento para pacientes externos de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un centro de salud federalmente calificado, o en una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i> Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Se requiere un copago de \$55 cada día por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS) El Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) le permite acceder a ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de emergencia. Solo tiene que pulsar el botón de su dispositivo para hablar con un operador capacitado que coordinará el envío de emergencia a su ubicación. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Envío y ejecución del dispositivo móvil y la unidad base • Tecnología GPS para identificar su ubicación durante una emergencia • Tecnología de detección automática de caídas Tenga en cuenta lo siguiente: La vigilancia por video a distancia no está cubierta. Para Servicio al cliente o para inscribirse, visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener información de contacto de los beneficios.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de PERS.
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de \$45 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Para conocer el costo compartido de los exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio, consulte la sección “Servicios auditivos” de esta Tabla de beneficios médicos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Determinados servicios de telesalud, entre ellos: atención primaria y especializada, atención de salud mental, tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias y opioides, ejercicio supervisado, terapia ocupacional y fisioterapia, servicios de logopedia, educación sobre la enfermedad renal, autocontrol de la diabetes y visitas de consulta y seguimiento de una estancia hospitalaria, cirugía o consulta al departamento de emergencias. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio. ○ Los servicios se prestarán mediante una comunicación interactiva de audio y video cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un doctor o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.	Por cada servicio de telesalud cubierto por Medicare, usted pagará el costo compartido vigente de la visita al proveedor de atención primaria o al especialista que se describe anteriormente.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud con calificación federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor en los siguientes casos: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y ○ El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos y/o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas en los siguientes casos: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Tecnología de acceso remoto no cubierta por Medicare: Proporcionamos acceso a los proveedores de la red por los siguientes medios: ○ Consultas telefónicas para servicios de medicación y tratamiento de enfermedades, como cuando se llama a la línea de asesoramiento de enfermería. ○ Correos electrónicos a través de una aplicación, como cuando envía un mensaje a su equipo de atención en MyChart.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare. Este beneficio solo cubre los honorarios del proveedor, pero no los honorarios de la clínica o del centro. Pueden aplicarse varias cantidades de costos compartidos en función de los servicios prestados.
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	<i>Copago de \$45 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</i>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH. Si no tiene VIH, pero su doctor u otro profesional de atención médica determina que corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y servicios relacionados. Si reúne los requisitos, cubrimos los servicios, como por ejemplo: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa para inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluso evaluación de riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 evaluaciones de detección de VIH cada 12 meses. Una evaluación de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital o análisis de PSA anual cubierto por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prótesis, dispositivos de ortesis y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, las pruebas, la adaptación o la capacitación en relación con el uso de la prótesis o el dispositivo de ortesis, así como los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y de ortesis, así como la reparación y/o sustitución de estas prótesis y dispositivos de ortesis. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla). *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	El 20% del costo total de las prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Todas las prótesis y los suministros relacionados deben ser proporcionados por Home Services u otro proveedor de la red.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del doctor que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Las consultas por rehabilitación pulmonar se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.	Copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tecnología de acceso remoto Proporcionamos acceso a los proveedores de la red por los siguientes medios: • Consultas telefónicas para servicios de medicación y tratamiento de enfermedades, como cuando se llama a ProvRN. • Correos electrónicos a través de una aplicación, como cuando envía un mensaje a su equipo de atención en MyChart. • Una plataforma dedicada, basada en la web, para las consultas urgentes en el mismo día, como cuando visita Providence ExpressCare Virtual en una tableta, un teléfono celular o una computadora.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare.
 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 de este. 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) brindadas por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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 son: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes-años y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de parte de un doctor o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. La LDCT debe ser coordinada por el proveedor que la solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imagen. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección para la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su doctor de atención primaria u otro proveedor de atención médica solicita una y usted cumple con estas condiciones: • Si tiene alto riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Tuvo 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, pagamos por la prueba de detección una vez. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, siguió consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba anterior de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su doctor, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes 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 su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio educativo sobre enfermedades renales cubierto por Medicare. El 20% del costo total del tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare. No hay un cargo adicional para los tratamientos de diálisis recibidos durante una hospitalización cubierta por Medicare. Para obtener información sobre las cantidades del costo compartido para la hospitalización, consulte “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos. El 20% del costo total de cada preparación para autodiálisis cubierta por Medicare. El 20% del costo total del equipo y suministros de diálisis en su hogar cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales* (continuación) Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla. *Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Para conocer la definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Su plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). - Comidas, incluidas dietas especiales. - Servicios de atención 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).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-20 del período de beneficios para la atención en un SNF cubierta por Medicare. Copago de \$218 cada día para los días 21-100 del período de beneficios para la atención en un SNF cubierta por Medicare. El período de beneficios comienza el día que visita un SNF y finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que termine un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	cantidad de períodos de beneficios.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) - Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. - Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. - Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. - Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. - Servicios de doctores o profesionales. Generalmente, los servicios en un SNF los obtiene en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan a continuación, usted podrá pagar el costo compartido de la red por recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. - Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). - Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.	Todas las hospitalizaciones en un SNF, independientemente de la afección, se contarán para el período de beneficios. Sus beneficios de SNF se basan en la fecha. Si ingresa en el centro en 2026 y no recibe el alta hasta 2027, es posible que la cantidad de su copago por día sea diferente.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en 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.	Copago de \$25 por cada servicio SET cubierto por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente. Usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo. Consulte la sección “Atención médica de emergencia o de urgencia” de esta Tabla de beneficios médicos para obtener detalles. Proporcionamos acceso a proveedores de atención de urgencia dentro de la red a través de una plataforma dedicada basada en la web para las consultas médicas en el mismo día. Visite Providence ExpressCare Virtual en una tableta, teléfono inteligente o computadora.	Copago de \$25 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare. Si a usted lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas de su consulta para atención de urgencia, no se aplicará el copago por consulta de atención de urgencia. Si recibe atención de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención en régimen de hospitalización una vez que su estado se haya estabilizado, debe conseguir que el plan autorice esa atención en régimen de hospitalización. Si se autoriza, el costo será el mismo que si recibiera la atención de hospitalización en un hospital de la red. Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma pueden ser: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. - Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	Copago de \$45 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte, como medicamentos administrados durante la consulta. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de glaucoma preventiva anual cubierta por Medicare. Copago de \$45 por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Material óptico - Después de las cataratas: Su plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía. - Material óptico médico*: El material óptico médico se incluye en la sección “Dispositivos protésicos y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios médicos. *Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información. Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Examen ocular de rutina: Nuestro plan cubre un examen ocular de refracción de rutina por año calendario. El objetivo de este examen es comprobar su visión para determinar si es necesario utilizar anteojos correctores o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto. Una refracción es la parte de la consulta en el consultorio que determina la prescripción de sus anteojos. Ambos servicios están incluidos en el beneficio de examen ocular de rutina. Este beneficio no incluye los exámenes para enfermedades como la conjuntivitis, el ojo seco, el glaucoma o las cataratas. Estos servicios no forman parte de un examen ocular de refracción de rutina, tal como se define en este beneficio, y estarían cubiertos por sus beneficios médicos de la Parte B. Consulte el apartado “Cuidados de la vista” para conocer los detalles de los beneficios médicos de la vista.	No se requiere copago, coseguro ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada operación de cataratas. El 20% del costo total de las prótesis y suministros relacionados cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen ocular de rutina por año calendario. Usted no está limitado a utilizar un proveedor de la red, esto significa que puede acudir a cualquier proveedor calificado para un examen ocular de rutina.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare) (continuación) Material óptico de rutina: * Su plan incluye anteojos o lentes de contacto de rutina cada año calendario. * El costo compartido por el material óptico de rutina no se tiene en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo de su plan.	Tiene una asignación de hasta \$100 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetados de rutina, anteojos recetados de rutina, marcos de anteojos de rutina y/o mejoras como los tintes. Esto significa que pagaremos hasta \$100 por año calendario para material óptico de rutina. Los servicios de adaptación de lentes de contacto de rutina con receta están incluidos en el beneficio de material óptico de rutina. Cualquier cantidad facturada por el proveedor por encima de la asignación será su responsabilidad. Usted no está limitado a utilizar un proveedor de la red. Puede obtener su material óptico de rutina de cualquier proveedor calificado. Tenga en cuenta que la asignación descrita es la misma para todos los proveedores. Pida a su proveedor que nos facture los servicios a la dirección de reclamos que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. También puede solicitar reembolso de nuestra parte.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor si desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.
Beneficio de peluca Cubrimos una peluca sintética cada año calendario si sufre pérdida de cabello por quimioterapia únicamente. Puede comprar la peluca en cualquier proveedor de pelucas. Tenga en cuenta lo siguiente: Tendrá que pagar la peluca directamente al proveedor y presentarnos el comprobante de pago para su reembolso. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este documento para obtener más información sobre cómo solicitarnos la devolución por servicios cubiertos.	No se requiere coseguro ni copago ni deducible para una peluca sintética para la pérdida de cabello por quimioterapia

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo Su plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo. Esta se define como la atención de emergencia, de urgencia o posterior a la estabilización que se recibe fuera de los Estados Unidos. El término “fuera de los Estados Unidos” significa cualquier lugar que no sean los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte. Los cruceros se consideran fuera de los Estados Unidos. La cobertura se limita a los servicios que se clasificarían como atención de urgencia, de emergencia o posteriores a la estabilización si se hubieran brindado en los Estados Unidos. Está cubierto el traslado sencillo en ambulancia a un centro de emergencias o de urgencia en situaciones donde llegar al centro de otra forma podría poner en peligro su salud. El traslado debe ocurrir en un plazo de 24 horas desde el momento en que reciba el tratamiento de emergencia o de urgencia. Se revisará la necesidad médica de los demás traslados recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No están cubiertos los servicios de evacuación ni repatriación. No están cubiertos los medicamentos con receta de la Parte D obtenidos fuera de los Estados Unidos, incluso en una farmacia o en un crucero. No están cubiertas las tarifas extranjeras, como por ejemplo, la conversión de divisas o la tarifa por transacción.	Copago de \$130 por cada consulta en la sala de emergencias. Copago de \$25 por cada consulta de urgencia. Si a usted lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas de su consulta en la sala de emergencias o para atención de urgencia, no tendrá que pagar el copago correspondiente indicado con anterioridad. Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” de esta Tabla de beneficios médicos para obtener información sobre el costo compartido de las ambulancias. Para los servicios relacionados con la estabilización posterior, consulte la sección de esta Tabla de beneficios médicos relacionada con los servicios suministrados.

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

Sección 2.1 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **Beneficios complementarios opcionales**. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales que se describen en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que los demás beneficios.

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) ofrece dos planes odontológicos complementarios opcionales. A continuación, se detallan los copagos, los deducibles y las cantidades de las primas mensuales de estos planes. Tenga en cuenta que elegir uno de estos planes odontológicos complementarios opcionales no modificará los servicios odontológicos descritos con anterioridad en la Sección 2 de la Tabla de beneficios médicos de este capítulo.

Si actualmente es miembro de Providence Medicare Advantage Plans, puede cambiar o elegir su Plan odontológico complementario opcional durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) hasta finales de diciembre o en los 60 días posteriores al 1 de enero. Si tuvo un cambio de plan reciente fuera del plazo descrito anteriormente, tendrá 60 días más desde su nueva fecha de vigencia de cobertura para cambiar o elegir su Plan odontológico complementario opcional.

Si es miembro nuevo de Providence Medicare Advantage Plans, tendrá 60 días más desde su nueva fecha de vigencia de cobertura para elegir un Plan odontológico complementario opcional. Si no recibimos su solicitud para inscribirse dentro del plazo descrito anteriormente, tendrá que esperar hasta el próximo OEP a fines de diciembre, o en enero del año siguiente para elegir un Plan odontológico complementario opcional.

Comuníquese con Servicio al cliente para solicitar un Plan odontológico complementario opcional. Si se inscribe durante el OEP, su fecha de entrada en vigencia será el 1.º de enero. Si se inscribe fuera del OEP, su fecha de entrada en vigencia será el primer día del mes posterior a la fecha en que recibamos su solicitud de inscripción en un Plan odontológico complementario opcional.

Puede decidir interrumpir su Plan odontológico complementario opcional en cualquier momento. Su cambio en la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha que recibamos su solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el Plan odontológico complementario opcional.

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

Cobertura odontológica complementaria opcional: Providence WA Dental Basic

Prima mensual: \$39

Beneficio máximo anual: \$1,000

Red de proveedores [1]: Cualquier dentista*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual [2]	Deducible de \$50	Deducible de \$150
Diagnóstico y atención odontológica preventiva	Dentro de la red	Fuera de la red
Radiografías de aleta de mordida o periapicales [3]	0% de la cantidad total permitida	20% de la cantidad total permitida
Radiografías panorámicas [4]		
Aplicación tópica de flúor	No está cubierto	No está cubierto
Atención odontológica básica	Dentro de la red	Fuera de la red
Empastes [5]	30% de la cantidad total permitida	60% de la cantidad total permitida
Selladores [6]	0% de la cantidad total permitida	20% de la cantidad total permitida
Atención de restauración compleja	Dentro de la red	Fuera de la red
Coronas y puentes	50% de la cantidad total permitida	60% de la cantidad total permitida
Dentaduras postizas [7]		
Extracciones simples		
Endodoncia (tratamientos de conducto)	No está cubierto	No está cubierto
Periodoncia (también denominada limpieza de sarro, tratamiento de la gingivitis o limpieza profunda)		

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

***Nota importante:** Los odontólogos fuera de la red pueden cobrar una cantidad más alta que la permitida por Providence Medicare Advantage Plans. Después de pagar el deducible anual, Providence Medicare Advantage Plans pagará, ya sea la tarifa acordada con el dentista participante, o lo que nos corresponda del cargo máximo admisible por los procedimientos y servicios odontológicos cubiertos. Las frecuencias cubiertas no pueden duplicarse entre los servicios de “Diagnóstico y atención odontológica preventiva” enumerados en la página anterior y los “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” descritos en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 de este capítulo. Tenga en cuenta que puede incurrir en un costo compartido más alto cuando recibe servicios fuera de la red si el dentista que consulta cobra más que la cantidad permitida por Providence Medicare Advantage Plans. Si esto sucede, podrá recibir una factura por la diferencia entre la cantidad cobrada y la cantidad permitida que pagó el plan.

[1] Buscar atención de parte de un dentista de la red reducirá sus costos de bolsillo. Tenga en cuenta que no se cubrirán los servicios proporcionados por un proveedor excluido de Medicare o expulsado de Medicare.

[2] No se aplican deducibles para radiografías odontológicas (aleta de mordida, periapical, boca completa o panorámica), aplicación de flúor y tratamiento paliativo de emergencia.

[3] Radiografías de aleta de mordida y periapicales: las radiografías de aleta de mordida están limitadas a 1 serie por año calendario. Radiografías periapicales y de aleta de mordida simple, según sea necesario (hasta 10 por año calendario). Las frecuencias de las radiografías preventivas no pueden duplicarse entre los servicios preventivos incluidos mencionados en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo y la cobertura odontológica complementaria opcional.

[4] Radiografía de la boca completa y panorámica: limitada a una vez cada 5 años.

[5] Empastes: ver “Servicios de atención básica de Clase II” a continuación.

[6] Selladores: se aplican deducibles.

[7] Dentaduras postizas parciales y completas: \$1000 máximo de por vida

Clase I: Diagnóstico y servicios de atención preventiva

1. Un total de dos exámenes de rutina por año calendario, (cubiertos como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de este capítulo).
2. Dos profilaxis (limpieza, limpieza de sarro y pulido de dientes o mantenimiento periodontal en lugar de la profilaxis estándar) por año calendario (cubierto como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo).
3. Radiografías de aleta de mordida limitadas a 1 serie por año calendario. Radiografías periapicales y de aleta de mordida simple, según sea necesario (hasta 10 por año calendario).
4. Una radiografía de diagnóstico (boca completa o panorámica) cada 5 años.

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

5. Tratamiento paliativo de emergencia, siempre y cuando no se lleven a cabo otros servicios, aparte de un examen y radiografías, en la fecha del tratamiento.
6. Una aplicación de flúor tópico por año calendario, (cubierta como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de este capítulo).
7. Selladores.

Clase II: Servicios de atención básica

1. Extracción simple de dientes.
2. Empastes de composite y amalgama en cualquier diente, una vez por diente, por superficie exacta cada 24 meses, sin límite de frecuencia para empastes superficiales sencillos.
3. Retención de empastes con pernos (varios pernos en el mismo diente se consideran como un perno).
4. Inyecciones antibióticas administradas por el dentista.
5. Procedimiento de reconstrucción de coronas.
6. Volver a colocar cemento dental en incrustaciones dentales inlay, onlay y coronas, por lo menos 12 meses después de la inserción y cada 12 meses por diente de ahí en más.
7. Servicios de restauración, limitados a:
 - a. Incrustaciones inlays, onlays y coronas de metal fundido, de resinas, de oro o de porcelana o cerámica para dientes con caries extensas o fracturas que no se pueden restaurar con un empaste de amalgama o composite.
 - b. Reemplazo de incrustaciones inlay, onlay o coronas al menos siete años después de colocada la restauración por primera vez o la última vez que se reemplazó.
 - c. Poste y muñón, además de la corona. Tenga en cuenta que los dientes que se restauran deben haber sido tratados con un tratamiento de conducto y tienen un buen pronóstico.
 - d. Coronas de acero inoxidable.

Clase III. Atención de restauración compleja

1. Volver a colocar cemento dental, por lo menos 12 meses después de la inserción y cada 12 meses por diente de ahí en más.
2. Una reparación de dentaduras postizas o puentes fijos cada 24 meses.
3. Servicios de prótesis, limitados a:
 - a. Colocación inicial de dentaduras postizas removibles o puentes fijos.
 - b. Reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos que no se pueden reparar, al menos siete años después de la última fecha de colocación.
 - c. Agregado de dientes a dentadura postiza parcial existente.
 - d. Una reparación del revestimiento de los dientes o de la base completa de las dentaduras postizas removibles existentes al menos 24 meses después de la fecha de la última colocación (a menos que se necesite el reemplazo inmediato de tres o más dientes de la prótesis) y cada 24 meses de ahí en más.

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

Clase IV. Ortodoncia: No está cubierto**Exclusiones del beneficio***

1. Todas las evaluaciones bucales limitadas, incluso las reevaluaciones por un problema específico.
2. Servicios que no estén cubiertos por las leyes de compensación laboral ni de responsabilidad del empleador.
3. Servicios que no sean necesarios para su salud dental.
4. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, opcional o estética.
5. Cirugía bucal que necesita la corrección de fracturas y dislocaciones.
6. Servicios con respecto a tumores malignos quistes o neoplasias; prognatismo hereditario, congénito o mandibular, o desarrollo de malformaciones en el caso de que dichos servicios no se deban llevar a cabo en un consultorio odontológico.
7. Despacho de medicamentos.
8. Hospitalización por cualquier procedimiento odontológico.
9. Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones inlays, onlays y coronas que se puedan reparar o restaurar a la función normal.
10. Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) y/o desarmonía oclusal.
11. Servicios no enumerados como cubiertos.
12. Implantes y servicios relacionados, incluso aditamentos para sujetar implantes, pilares, coronas, puentes y prótesis.
13. Reemplazo de dispositivos protésicos u ortésicos perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o de semiprecisión; duplicación de la dentadura postiza; ferulización periodontal de los dientes.
14. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazo de la estructura dental perdida por desgaste y corrección de malformaciones del desarrollo y/o afecciones congénitas.
15. Procedimientos que, según la consideración del plan, son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen con los estándares de prácticas dentales reconocidas a nivel profesional y/o no demostraron ser eficaces de manera constante para el diagnóstico o tratamiento de su afección.
16. Tratamiento del paladar hendido, tumor maligno o neoplasias.

*Tenga en cuenta que estas exclusiones son específicas de la cobertura de odontología complementaria opcional. Algunas de estas exclusiones pueden estar cubiertas por su beneficio de servicios odontológicos, descrito en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo. Comuníquese con Servicio al cliente para conocer si algunas de estas exclusiones estarían cubiertas.

Consulte el Capítulo 7 para obtener información si tiene un problema o queja sobre su atención odontológica.

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

Cobertura odontológica complementaria opcional: Providence WA Dental Enhanced

Prima mensual: \$56

Beneficio máximo anual: \$1,500

Red de proveedores [1]: Cualquier dentista*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual [2]	Deducible de \$50	Deducible de \$150
Diagnóstico y atención odontológica preventiva	Dentro de la red	Fuera de la red
Radiografías de aleta de mordida o periapicales [3]	0% de la cantidad total permitida	20% de la cantidad total permitida
Radiografías panorámicas [4]		
Aplicación tópica de flúor	No está cubierto	No está cubierto
Atención odontológica básica	Dentro de la red	Fuera de la red
Empastes (composite) [5]	30% de la cantidad total permitida	60% de la cantidad total permitida
Selladores [6]	0% de la cantidad total permitida	20% de la cantidad total permitida
Atención de restauración compleja	Dentro de la red	Fuera de la red
Coronas y puentes	50% de la cantidad total permitida	60% de la cantidad total permitida
Dentaduras postizas [7]		
Extracciones, diente erupcionado	50% de la cantidad total permitida	60% de la cantidad total permitida
Cirugía bucal: determinadas cirugías menores		
Endodoncia (tratamientos de conducto)		
Periodoncia (también denominada limpieza de sarro, tratamiento de la gingivitis o limpieza profunda)		

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

***Nota importante:** Los odontólogos fuera de la red pueden cobrar una cantidad más alta que la permitida por Providence Medicare Advantage Plans. Después de pagar el deducible anual, Providence Medicare Advantage Plans pagará, ya sea la tarifa acordada con el dentista participante, o lo que nos corresponda del cargo máximo admisible por los procedimientos y servicios odontológicos cubiertos. Las frecuencias cubiertas no pueden duplicarse entre los servicios de “Diagnóstico y atención odontológica preventiva” enumerados en la página anterior y los “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” descritos en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 de este capítulo. Tenga en cuenta que puede incurrir en un costo compartido más alto cuando recibe servicios fuera de la red si el dentista que consulta cobra más que la cantidad permitida por Providence Medicare Advantage Plans. Si esto sucede, podrá recibir una factura por la diferencia entre la cantidad cobrada y la cantidad permitida que pagó el plan.

[1] Buscar atención de parte de un dentista de la red reducirá sus costos de bolsillo. Tenga en cuenta que no se cubrirán los servicios proporcionados por un proveedor excluido de Medicare o expulsado de Medicare.

[2] No se aplican deducibles para radiografías odontológicas (aleta de mordida, periapical, boca completa o panorámica), aplicación de flúor y tratamiento paliativo de emergencia.

[3] Radiografías de aleta de mordida y periapicales: las radiografías de aleta de mordida están limitadas a 1 serie por año calendario. Radiografías periapicales y de aleta de mordida simple, según sea necesario (hasta 10 por año calendario). Las frecuencias de las radiografías preventivas no pueden duplicarse entre los servicios preventivos incluidos mencionados en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo y la cobertura odontológica complementaria opcional.

[4] Radiografía de la boca completa y panorámica: limitada a una vez cada 5 años.

[5] Empastes (composite): ver “Servicios de atención básica de Clase II” a continuación.

[6] Selladores: se aplican deducibles.

[7] Dentaduras postizas parciales y completas: \$1,500 máximo de por vida.

Clase I: Diagnóstico y servicios de atención preventiva

1. Un total de dos exámenes de rutina por año calendario, (cubiertos como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo).
2. Dos profilaxis (limpieza, limpieza de sarro y pulido de dientes o mantenimiento periodontal en lugar de la profilaxis estándar) por año calendario (cubierto como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo).
3. Radiografías de aleta de mordida limitadas a 1 serie por año calendario. Radiografías periapicales y de aleta de mordida simple, según sea necesario (hasta 10 por año calendario).
4. Una radiografía de diagnóstico (boca completa o panorámica) cada 5 años.

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

5. Tratamiento paliativo de emergencia, siempre y cuando no se lleven a cabo otros servicios, aparte de un examen y radiografías, en la fecha del tratamiento.
6. Una aplicación de flúor tópico por año calendario, (cubierta como servicio odontológico preventivo de rutina incluido. Para obtener detalles, consulte “Servicios odontológicos preventivos de rutina incluidos” en “Servicios odontológicos” de la Tabla de beneficios médicos de este capítulo).
7. Selladores.

Clase II: Servicios de atención básica

1. Extracción simple de dientes y dientes erupcionados.
2. Empastes de composite y amalgama en cualquier diente, una vez por diente, por superficie exacta cada 24 meses, sin límite de frecuencia para empastes superficiales sencillos.
3. Retención de empastes con pernos (varios pernos en el mismo diente se consideran como un perno).
4. Inyecciones antibióticas administradas por el dentista.
5. Procedimiento de reconstrucción de coronas.
6. Volver a colocar cemento dental en incrustaciones dentales inlay, onlay y coronas, por lo menos 12 meses después de la inserción y cada 12 meses por diente de ahí en más.
7. Servicios de restauración, limitados a:
 - a. Incrustaciones inlays, onlays y coronas de metal fundido, de resinas, de oro o de porcelana o cerámica para dientes con caries extensas o fracturas que no se pueden restaurar con un empaste de amalgama o composite.
 - b. Reemplazo de incrustaciones inlay, onlay o coronas al menos siete años después de colocada la restauración por primera vez o la última vez que se reemplazó.
 - c. Poste y muñón, además de la corona. Tenga en cuenta que los dientes que se restauran deben haber sido tratados con un tratamiento de conducto y tienen un buen pronóstico.
 - d. Coronas de acero inoxidable.

Clase III. Atención de restauración compleja

1. Un dispositivo (protector nocturno) cada 5 años dentro de los 6 meses de una cirugía ósea.
2. Volver a colocar cemento dental, por lo menos 12 meses después de la inserción y cada 12 meses por diente de ahí en más.
3. Una reparación de dentaduras postizas o puentes fijos cada 24 meses.
4. Un modelo de estudio cada 3 años.
5. Anestesia general y analgesia, incluso sedación por vía intravenosa, junto con cirugía bucal o periodontal cubierta.
6. Servicios de prótesis, limitados a:
 - a. Colocación inicial de dentaduras postizas removibles o puentes fijos.
 - b. Reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos que no se pueden reparar, al menos siete años después de la última fecha de colocación.
 - c. Agregado de dientes a dentadura postiza parcial existente.

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

- d. Una reparación del revestimiento de los dientes o de la base completa de las dentaduras postizas removibles existentes al menos 24 meses después de la fecha de la última colocación (a menos que se necesite el reemplazo inmediato de tres o más dientes de la prótesis) y cada 24 meses de ahí en más.
- 7. Cirugía bucal, incluso atención posoperatoria:
 - a. Extracción de dientes, incluso dientes impactados.
 - b. Extracción de la raíz de un diente.
 - c. Una coronectomía (extracción intencional de parte del diente) de por vida.
 - d. Alveolectomía, alveoplastia y frenectomía.
 - e. Extirpación de encía pericoronar, exostosis o tejido hiperplásico y extirpación de tejido bucal para una biopsia.
 - f. Trasplante, reimplantación y/o estabilización de dientes.
 - g. Extirpación de un tumor o quiste e incisión y drenaje de un absceso o quiste.
- 8. Tratamiento de endodoncia por enfermedad del diente, del tejido dental, la raíz y tejido relacionado, limitado a:
 - a. Limitaciones preexistentes no permitidas por los CMS.
 - b. Pulpotomía.
 - c. Apicectomía.
 - d. Una obturación retrógrada por raíz de por vida.
 - e. Cobertura de tratamientos de conducto y retratamientos de conducto limitada a una vez cada 24 meses cuando lo proporciona el mismo proveedor.
- 9. Servicios de periodoncia, limitados a:
 - a. Una limpieza de sarro y alisado radicular (D4341 o D4342) por cuadrante cada 24 meses, desde los 21 años.
 - b. Una limpieza de sarro de la boca completa cada dos años, con presencia de inflamación gingival.
 - c. Ajuste oclusal llevado a cabo con cirugía cubierta.
 - d. Gingivectomía.
 - e. Cirugía ósea incluida la apertura y el cierre de colgajos.
 - f. Un pedículo o injerto de tejido blando libre por sitio de por vida.
 - g. Un desbridamiento de la boca completa de por vida.

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

Clase IV. Ortodoncia: No está cubierto**Exclusiones del beneficio***

1. Todas las evaluaciones bucales limitadas, incluso las reevaluaciones por un problema específico.
2. Servicios que no estén cubiertos por las leyes de compensación laboral ni de responsabilidad del empleador.
3. Servicios que no sean necesarios para su salud dental.
4. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, opcional o estética.
5. Cirugía bucal que necesita la corrección de fracturas y dislocaciones.
6. Servicios con respecto a tumores malignos quistes o neoplasias; prognatismo hereditario, congénito o mandibular, o desarrollo de malformaciones en el caso de que dichos servicios no se deban llevar a cabo en un consultorio odontológico.
7. Despacho de medicamentos.
8. Hospitalización por cualquier procedimiento odontológico.
9. Reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones inlays, onlays y coronas que se puedan reparar o restaurar a la función normal.
10. Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) y/o desarmonía oclusal.
11. Servicios no enumerados como cubiertos.
12. Implantes y servicios relacionados, incluso aditamentos para sujetar implantes, pilares, coronas, puentes y prótesis.
13. Reemplazo de dispositivos protésicos u ortésicos perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; aditamentos de precisión o de semiprecisión; duplicación de la dentadura postiza; ferulización periodontal de los dientes.
14. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazo de la estructura dental perdida por desgaste y corrección de malformaciones del desarrollo y/o afecciones congénitas.
15. Procedimientos que, según la consideración del plan, son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen con los estándares de prácticas dentales reconocidas a nivel profesional y/o no demostraron ser eficaces de manera constante para el diagnóstico o tratamiento de su afección.
16. Tratamiento del paladar hendido, tumor maligno o neoplasias.

*Tenga en cuenta que estas exclusiones son específicas de la cobertura de odontología complementaria opcional. Algunas de estas exclusiones pueden estar cubiertas por su beneficio de servicios odontológicos, descrito en la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 de este capítulo. Comuníquese con Servicio al cliente para conocer si algunas de estas exclusiones estarían cubiertas.

Consulte el Capítulo 7 para obtener información si tiene un problema o queja sobre su atención odontológica.

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

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección informa sobre los servicios que están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla describe los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos si se dan condiciones específicas.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo determinadas circunstancias.
Todos los costos relacionados con la maternidad y paternidad subrogada	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Todos los exámenes bucales limitados, implantes, servicios relacionados con los implantes y ortodoncia	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Reclamos de ambulancia cuando se niegue el transporte (sin tratamiento)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Aparatos, equipos y suministros utilizados principalmente para la comodidad o el confort, incluidos, entre otros, los aires acondicionados, los humidificadores y las almohadillas para la incontinencia	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Autopsias y servicios relacionados con estas	No cubiertos en ninguna circunstancia.

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

Cargos por no asistir a las citas o por no completar los formularios de reclamos	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Concepción por medios artificiales, como la fecundación in vitro, las transferencias intrafalopianas de cigotos y las transferencias intrafalopianas de gametos (Gamete Intra-Fallopian Transfers, GIFT)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Pruebas directas para el consumidor (también conocidas como autoevaluaciones, pruebas caseras o pruebas de venta libre), que se venden directamente a las personas a través de Internet, la televisión, anuncios en medios impresos u otros materiales de comercialización	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios o procedimientos de mejora programados o voluntarios	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.	Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

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

Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Comida para las visitas en un hospital o centro de atención de enfermería especializada	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Audífonos y consultas con proveedores para hacer una revisión de audífonos (salvo según lo descrito específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes para el oído, accesorios de audífonos, tarifas por reclamo de garantía y pilas para audífonos (más allá de las 80 pilas gratis por audífono no recargable adquirido)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Entrega de comidas a domicilio	Cubierto después de una hospitalización que reúna los requisitos.
Servicios de empleada doméstica que incluye ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Adicionales para lentes para material óptico necesario por cataratas (es decir, tintes, revestimiento antirreflectante, lentes progresivas, lentes de gran tamaño, etc.), a menos que sea médicamente necesario.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare para viajar fuera de los EE. UU. y sus territorios	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Transporte que no sea de emergencia	Se requiere autorización previa.
Atención odontológica que no sea de rutina	La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes hospitalizados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicio privado de enfermería	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Programas de fortalecimiento psicológico o de autoayuda para personas mentalmente sanas	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Informes, evaluaciones o exámenes físicos de rutina destinados principalmente para el seguro, las licencias, el empleo u otros fines de terceros y no preventivos	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Atención odontológica de rutina, como empastes o dentaduras postizas	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Esta exclusión se aplica a menos que haya comprado el beneficio de odontología complementaria opcional.	

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

Para obtener más información sobre exclusiones, consulte la Sección 2.1 de este capítulo.

Si quiere, puede usar su tarjeta de débito precargada para pagar la atención odontológica de rutina. Para obtener más información, consulte la fila “**Servicios odontológicos***” de la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 de este capítulo.

Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión

Un par de anteojos con marcos estándares (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta lentes intraoculares.

Cuidado de rutina de los pies

Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare

No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios no cubiertos por Medicare

No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios brindados en centros de Asuntos de Veteranos (VA)

No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios relacionados con dispositivos intrauterinos (DIU), incluidos la inserción del dispositivo y el dispositivo en sí mismo

No cubiertos en ninguna circunstancia.

Los servicios tales como reclamos de medicamentos están excluidos de su beneficio si los solicita o receta usted para su propio beneficio, o si los provee o receta una persona que resida en su hogar o que sea miembro de su familia. En este contexto, “miembro de su familia” se refiere a cualquier persona que podría ser su heredero según la Ley de sucesión intestada de cualquier estado, además de cualquier pariente político,

No cubiertos en ninguna circunstancia.

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

familiar del padrastro o de la madrastra, padre o madre adoptivo, o pareja de hecho, de usted o de dicha persona.	
Dispositivos de ayuda para la visión subnormal, lentes iseicónicas o no graduadas (lentes no recetadas), gafas de sol, y otros servicios y dispositivos de ayuda para la debilidad visual	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluido el asesoramiento matrimonial	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Peluca	Las pelucas sintéticas solo están cubiertas para miembros que sufren pérdida de cabello debido a la quimioterapia. Las pelucas de cabellos naturales o humanos no están cubiertas.

CAPÍTULO 5:

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otro profesional autorizado a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- El profesional autorizado a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o expulsión de Medicare.
- En general, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados (consulte la Sección 2) o puede obtener sus medicamentos recetados a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (Consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas fuentes de referencia. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento necesite aprobación por parte de nuestro plan según determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo

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

cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) y/o llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede ir a cualquier farmacia de nuestra red. Algunas farmacias de la red proporcionan costo compartido preferencial, que puede ser menor que el costo compartido de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le dirá qué farmacias de la red ofrecen costo compartido preferencial. Comuníquese con nosotros para conocer más sobre cómo pueden variar sus costos de bolsillo según los distintos medicamentos.

Si su farmacia deja de ser parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa sigue siendo parte de nuestra red, pero ya no ofrece costo compartido preferencial, puede cambiar a una farmacia distinta de la red o preferida, de haber una disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar. Home Services proporciona y coordina los servicios de atención domiciliaria en el área de servicio de Providence Medicare Advantage Plans. Los servicios incluyen infusión en el hogar (fármacos y enfermería), inyectables de especialidad, atención médica a domicilio, hospicio, oxígeno en el hogar y equipo médico.

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

- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider o llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **al menos un suministro del medicamento para 30 días y para no más de 100 días**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Por lo general, el pedido de la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 3 a 5 días como máximo. En caso de que la entrega de su medicamento con receta pedido por correo se retrase, o usted no pueda quedarse a esperarlo, puede acudir a una farmacia minorista de la red a fin de obtener una pequeña cantidad de suministro provisional hasta que reciba su pedido. La farmacia minorista de la red debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para facilitar la dispensación de este suministro provisional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el

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

medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Conforme a este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido de forma automática cuando nuestros registros muestran que debería estar cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia de 10 a 14 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con la farmacia de pedido por correo.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted 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 (que ofrecen costo compartido preferencial) a una cantidad de costo compartido menor. Es posible que otras farmacias minoristas no acepten las cantidades de costo compartido menor. En este caso, usted será responsable de abonar la diferencia de precio. En el *Directorio de proveedores y farmacias* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

- La cobertura para el acceso fuera de la red a medicamentos de emergencia y a algunos medicamentos de rutina se brindará cuando el miembro no pueda acceder a una farmacia de la red y exista alguna de las siguientes condiciones:
 - Usted viaja fuera del área de servicio y se queda sin medicamentos cubiertos de la Parte D o los pierde, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D.
 - No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna en una farmacia de la red en su área de servicio (p. ej., no tiene acceso a una farmacia de la red que atienda durante las 24 horas, los 7 días de la semana).
 - No puede obtener un medicamento específico porque no suele estar en existencias en una farmacia accesible de la red o farmacia de pedido por correo (p. ej., medicamentos huérfanos o de especialidad con distribución limitada).
 - La farmacia de la red de pedido por correo no puede conseguirle el medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna y a usted se le acaba el medicamento.
 - El medicamento se le suministra mediante una farmacia institucional fuera de la red mientras usted se encuentra en un departamento de emergencias, una clínica especializada, un centro quirúrgico ambulatorio u otro entorno para pacientes externos.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar del costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede pedirnos el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le haga un reembolso). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que podrían incluirse 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, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco niveles de costo compartido para medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, a mayor el nivel, mayor el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genérico preferido (el menor nivel de costo compartido)
- Nivel 2: Genérico
- Nivel 3: Marca preferida
- Nivel 4: Medicamento no preferido
- Nivel 5: De especialidad (el mayor nivel de costo compartido)

Para conocer en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

La cantidad que paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6

Sección 3.3 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 electrónicamente.

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

- Visite el sitio web de nuestro plan (www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o pida una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (myrxss.com/ProvidenceMA) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y consultar si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

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

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tienen que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conocer lo que usted o su proveedor pueden hacer para conseguir la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

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

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización de nuestro plan según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Se pueden conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_PHP_Indi_Sycamore_PA.pdf.

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, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Se pueden conocer los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_PHP_Indi_Sycamore_ST.pdf.

Límites de cantidad

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

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

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

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

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

- El medicamento está cubierto, pero hay normas adicionales o restricciones para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para conocer qué se puede hacer.

Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones de lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporario, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O tiene actualmente algún tipo de restricción.**

- **Si es 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 pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal se cubrirá por un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros de nuestro plan por más de 90 días y vivan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:**

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

- Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

Cambio en el nivel de atención	Días de suministro
Para miembros que pasen de un SNF a un LTC	31
De un SNF al hogar (minorista)	30
De un LTC a un LTC	31
De un hospital al hogar (minorista)	30

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se indican los procedimientos y plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede que exista un medicamento distinto en un nivel de costo compartido menor que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 6.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se indican los procedimientos y plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5, nivel de especialidad, no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos la cantidad del costo compartido de los medicamentos de este nivel.

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

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

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

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

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan modificaciones en un medicamento que usted toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y retirar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que retiremos de inmediato un medicamento similar de la lista, traslademos el medicamento similar a otro nivel de costo compartido, agreguemos restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido, o en uno menor, y con las mismas restricciones, o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podríamos hacer estos cambios de inmediato e informárselos después, incluso aunque esté tomando el medicamento que eliminamos o al que aplicamos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre el cambio específico que hicimos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y retirar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que retiremos un medicamento similar de la lista, lo traslademos a otro nivel de costo compartido, agreguemos restricciones nuevas o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido, o en uno menor, y con las mismas restricciones, o menos.

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

- Haremos estos cambios solo si agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio o le diremos cuál es el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Realizar otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA en los envases o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios o le diremos cuál es el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le emitió la receta sobre las opciones que serían mejores para su caso, inclusive el cambio a un medicamento distinto para tratar su afección, o la solicitud de una decisión de cobertura que satisfaga las nuevas restricciones que podrían aplicarse al medicamento que toma. Usted o el profesional que le emitió la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos 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 lo afectarán durante el año actual del plan

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en este.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

A continuación, se presentan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos con receta de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso de un medicamento si el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *El uso para una indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

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 y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en nuestro plan (que figura en su tarjeta de miembro), en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *lo que nos corresponda* del costo del medicamento. Tiene que pagar a la farmacia *la parte que le corresponde a usted* del costo cuando le entreguen su medicamento con receta.

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Después, puede **pedirnos el**

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

reembolso de la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el 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 atención de enfermería especializada en el que nuestro plan cubre la estadía

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

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*

www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos o esté restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre recibir un suministro temporal o de emergencia.

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

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve todos los avisos de cobertura acreditable porque puede que los necesite más adelante para mostrar que mantuvo cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

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

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

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

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que 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 posibles problemas, como estos:

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

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta en determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de determinados profesionales autorizados a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que solo obtenga las recetas para estos medicamentos por medio de un profesional autorizado a dar recetas o una farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué profesionales autorizados a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación impuesta, usted y el profesional autorizado 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, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención de hospicio, atención paliativa o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

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

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

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

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

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

Si está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un inserto por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “*Low Income Subsidy Rider*”, (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “*LIS Rider*” (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

En este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a los medicamentos 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 están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, tiene que saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y qué normas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usa la “Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real de nuestro plan” para buscar medicamentos cubiertos (myrxss.com/ProvidenceMA) el costo que ve muestra los costos estimados que es de esperar que usted pague de su bolsillo. También, puede obtener la información proporcionada por la “Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 1.1 Tipos de costos que podrá pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay tres tipos distintos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D que es posible que se le pida que pague:

- **El deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted 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 sobre lo que se cuenta a favor de los costos que paga de su bolsillo y los que no. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los costos que paga de su bolsillo

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

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos realizados durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de afiliarse a nuestro plan.
- Todos los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos
- Todos los pagos por sus medicamentos realizados por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud del empleador o el sindicato, el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

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

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en costos de su bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no están incluidos en los costos que paga de su bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluso medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que hace de medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos, (Veterans Health Administration, VA).
- Los pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con obligación legal de pagar por los costos de sus medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Los pagos realizados por fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos de fabricantes.

Recordatorio: si alguna organización como las enumeradas con anterioridad paga parte o todos los costos por medicamentos que tiene que pagar de su bolsillo, usted debe informar al plan llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Llevar un registro de los costos totales que tiene que pagar de su bolsillo

- *La Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcanza los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le explicará que ya no está en la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto es cuánto pagó. Esto incluye lo que paga usted cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, todos los pagos de sus medicamentos que hagan familiares o amigos y todos los pagos de sus medicamentos que se realicen con la “Ayuda adicional” de Medicare, que hagan los planes de salud del empleador o el sindicato, el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que 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 su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo 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. Usted 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 nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

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

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague la parte que nos corresponda del costo. Para ver las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros efectúen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo importante o si tiene preguntas, llámenos a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluso vacunas para el herpes zóster, antitetánicas y vacunas para viajes. Pagará un deducible de \$195 en los Niveles 3, 4 y 5 de medicamentos. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5** hasta que haya alcanzado la cantidad del deducible de nuestro plan. Para el resto de los medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** es en general menor que el precio total normal del medicamento, dado que nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio máximo justo más los costos de suministro por los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague los \$195 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5, deja 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 dónde lo obtiene.

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga lo que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga lo que le corresponde a usted (su cantidad por copago o coseguro). Lo que le corresponde pagar a usted del costo variará según el medicamento y dónde lo compra.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, a mayor el nivel de costo compartido, mayor el costo del medicamento:

- Nivel 1: Genérico preferido (el menor nivel de costo compartido)
- Nivel 2: Genérico
- Nivel 3: Marca preferida
 - Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel
- Nivel 4: Medicamento no preferido
 - Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel
- Nivel 5: De especialidad (el mayor nivel de costo compartido)

Para conocer en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si lo obtiene en:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferencial.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferencial.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Para averiguar sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

- Una farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, lo que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

La cantidad del copago o el coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor por el medicamento en lugar del copago.

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

	Costo compartido de minorista estándar en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido o minorista preferencial en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido por pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de \$16	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$16	Copago de \$16 más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia estándar

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

	Costo compartido de minorista estándar en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de minorista preferencial en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido por pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido de Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$10	Copago de \$0	Copago de \$20	Copago de \$20 más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia estándar
Costo compartido de Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$40	Copago de \$47	Copago de \$47 más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia estándar
Costo compartido de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100 más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia estándar
Costo compartido de Nivel 5 (De especialidad)	30% del costo total	30% del costo total	30% del costo total	30% del costo total	30% del costo total más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una

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

Costo compartido de minorista estándar en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido o minorista preferencial en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido o por pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
				farmacia estándar

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido si no pagó su deducible.

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

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

En general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Hay veces en las que a usted o a su médico le gustaría tener menos que el suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su doctor que le recete, y a su farmacéutico que despache, menos del suministro para un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de reposición.

Si obtiene menos que el suministro para un mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro para el mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del total del costo del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de hacer un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que obtiene, en lugar del mes completo. Calculamos la

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

cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que obtiene.

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

Para algunos medicamentos, usted puede recibir un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro por hasta 100 días. -

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor por el medicamento en lugar del copago.

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

	Costo compartido de minorista estándar (en la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de minorista preferido (en la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido de Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de \$48 (más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia preferida para un suministro de 84 a 100 días)	Copago de \$0	Copago de \$0
Costo compartido de Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$60 (más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia preferida para un suministro de 84 a 100 días)	Copago de \$30	Copago de \$0
Costo compartido de Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$141 (más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia preferida para un suministro de 84 a 100 días)	Copago de \$141	Copago de \$120

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

	Costo compartido de minorista estándar (en la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de minorista preferido (en la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido de Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$300 (más la diferencia en el costo si hubiera utilizado una farmacia preferida para un suministro de 84 a 100 días)	Copago de \$300	Copago de \$300
Costo compartido de Nivel 5 (De especialidad)	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible el suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.

En una farmacia de pedido por correo, no pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$95 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

En una farmacia minorista preferida o estándar, no pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo en el año alcanzan los \$2,100

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

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a mantener un registro de cuánto pagó usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite del propio bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

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

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 en el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

1. Por los medicamentos genéricos de Nivel 2, no tendrá costo compartido (\$0) si recibe sus medicamentos en una farmacia de pedido por correo de la red, por un suministro de hasta 100 días.
2. Las tiras reactivas y los glucómetros se limitan a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y/o dispositivos médicos deben proporcionarse y coordinarse a través de una farmacia minorista de la red.
3. Los compuestos están limitados a un suministro de 30 días.
4. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no revisa los polvos y productos químicos a granel; por lo tanto, no cumplen la definición de medicamento de la Parte D y están excluidos de la cobertura.
5. Los suministros para viajes están limitados a 30 días.

SECCIÓN 8 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar el detalle de estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conocer los detalles de cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte es para el costo de **darle la vacuna**. (Esto a veces se denomina la administración de la vacuna).

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. Si una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna propiamente dicha la puede dispensar una farmacia o puede proporcionarse en el consultorio del médico.
- 3. Quién le da la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede darle la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede dársela en el consultorio del doctor.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa del pago de medicamentos** se encuentra.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo completo de la vacuna en sí misma y el costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede pedirle al plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que le reembolsaremos el costo total de lo que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, usted paga solo la parte que le corresponde del costo según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

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

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Que tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias den determinadas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el copago por la vacuna propiamente dicha, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- El plan pagará el resto de los costos.

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

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del doctor.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo completo de la vacuna en sí misma y el costo del proveedor para administrarle la vacuna.
- Luego puede pedir que nuestro plan pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsaremos la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos el copago por la vacuna (incluso la administración), y menos la diferencia entre la cantidad que el doctor cobra y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D propiamente dicha en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su doctor donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí misma.
- Para el resto de las vacunas de la Parte D, usted efectúa el copago en la farmacia por la vacuna en sí misma.
- Cuando su doctor le da la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo completo por este servicio.
- Luego puede pedir que nuestro plan pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará la cantidad completa que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos el coseguro por la administración de la vacuna, y menos la diferencia entre la cantidad que el doctor cobra y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que descubra que paga más de lo esperado conforme a 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 se le devuelva el pago (se le haga un reembolso). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

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

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

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

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

- Es responsable únicamente de pagar la parte que le corresponde del costo por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están obligados a proveer atención de emergencia por ley.
- Si paga la cantidad total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más que la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan y únicamente pedirle que pague la parte del costo que le corresponde a usted. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de la parte que le corresponde.

- Solo tiene que pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca pague más que la cantidad de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos determinados cargos al proveedor.
- Cuando reciba una factura de parte de un proveedor de la red que usted considera que es por más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.

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

- Si ya le pagó la factura al proveedor de la red, pero siente que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación del pago que efectuó y pídanos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía conforme a nuestro plan.

3. Si se inscribe 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 pasó. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

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

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo 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 del costo que nos corresponda. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para informarse sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

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

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

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

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

Cuando nos envíe la solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento debería estar cubierto o no. Esto se conoce como **tomar una decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos lo que nos corresponde del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 posee información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar los formularios, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.

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

Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web

(www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) o llame a Servicio al cliente al

503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

- Para reclamos de medicamentos con receta, incluya lo siguiente: nombre, dirección y teléfono de la farmacia; número de receta; fecha de servicio; nombre del medicamento; código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC); cantidad y días de suministro; nombre del proveedor; y costo/responsabilidad del miembro.
- Para reclamos médicos y de salud conductual, incluya lo siguiente: nombre, dirección y número de teléfono del proveedor; número de identificación fiscal; fecha del servicio; diagnóstico; descripción del artículo y código de procedimiento si está disponible; cualquier registro médico relacionado con el servicio; y cantidad cobrada y pagada.
- Reclamos por pagos en el extranjero: Para los servicios recibidos fuera del país, explique dónde se prestaron (consultorio, sala de emergencias, atención de urgencia, hospital, clínica, farmacia) y explique la naturaleza de la lesión o enfermedad.

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

Reclamos médicos	Reclamos de medicamentos con receta de la Parte D
Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponda del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser la cantidad 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 mayor que el precio que negociamos). Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de

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

la parte que nos corresponde del costo. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

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

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. In addition to those services, we are happy to send you this *Evidence of Coverage* for free in Spanish if you request it. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist, or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You can

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Además de estos servicios, nos complace enviarle esta *Evidencia de cobertura* de forma gratuita en español si la solicita. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluido español y braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar una reclamación ante Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

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

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a reponerlos 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 plazo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o la de la persona a quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

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

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

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El alcance completo de nuestras prácticas de privacidad se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y se puede encontrar en www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices y al final de su nuevo manual de miembro.

Debe saber que la información sobre su atención médica está protegida y es confidencial. Providence Health Assurance respeta la privacidad de nuestros miembros y tiene mucho cuidado al decidir cuándo es apropiado compartir información de salud. Para obtener más información, consulte el aviso disponible en www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices.

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

Como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

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

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en 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 instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde haya obtenido este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas.** Entrégueles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.
- Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**
 - En el hospital se le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

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

Si no se respetan sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante Aseguramiento de la Calidad de los Sistemas de Salud del Departamento de Salud del estado de Washington:

Washington State Department of Health
Health Systems Quality Assurance
Complaint Intake
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857
360-236-4700
Correo electrónico: HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

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

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, 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 lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, y *no se trata* de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando en estos lugares:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de su localidad al 1-800-562-6900**
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)**

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al cliente de nuestro plan al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de su localidad al 1-800-562-6900**
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de atención médica o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Dígale a su doctor y a otros proveedores de atención médica que 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 doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
 - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe pagar las primas de nuestro plan.
 - Usted debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte que le corresponda del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener la cobertura para medicamentos.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando esta cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

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

Este capítulo explica los dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes.

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

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

La información incluida en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que tiene que 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 usa 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 conseguir la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones específicas.

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 brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conseguir ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Hay dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Llame a Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Statewide Health Insurance Benefits Advisors, SHIBA) al 1-800-562-6900.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para tratar su problema

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

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

Sí.

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

No.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el doctor de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de*

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

cobertura deja en claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su doctor también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que se cubre y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene la 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 y usted no se siente satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, usted puede solicitar una **apelación rápida o acelerada** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tiene que ser designado como su representante. Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.)
 - Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o el profesional autorizado 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.

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

- Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de parte de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para situaciones diferentes

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene distintas normas y plazos. Brindamos los detalles de cada una de estas situaciones:

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

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

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP).

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

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

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que anteriormente aprobábamos se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería

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

especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

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

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

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

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

- Solo puede solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si los plazos estándares podrían poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad de recuperar la función.

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

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

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

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

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

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

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

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de artículo o servicio médico que esté sujeto a sus normas de autorización previa. Si solicitó un artículo o servicio médico que no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una “*queja rápida*”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado.

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales,

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

se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “*queja rápida*”. (Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre 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, usted puede presentar una apelación.

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

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

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

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

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

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

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

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

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

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

apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

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

Sección 5.4 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** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia

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

gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

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

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede 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 darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en el plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte 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 de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explique la decisión.
 - Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

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

Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de atención médica

El Capítulo 7 describe en qué momento puede tener que pedir un reembolso o pagar 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 solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo, por lo general, en un plazo de 30 días calendario, pero como máximo 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* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, 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 apelaciones de la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

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

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones y costos de los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

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

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede recibir,

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

criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento).

Pida una excepción. Sección 6.2.

- Pedir pagar una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos 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 Pedir una excepción**Términos legales:**

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

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

Pedir pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción del nivel**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o el profesional autorizado a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos de Nivel 4. No puede solicitar una excepción por la cantidad del costo compartido que debe pagar por el medicamento.

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

- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción a la cantidad del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, a menor el número de nivel de costo compartido, menor la parte que le corresponde pagar por el costo del medicamento.
 - Si la Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad del costo compartido que corresponde al medicamento alternativo.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por una cantidad menor de costo compartido. Esto sería el menor nivel que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga las alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contenga las alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido por ningún medicamento de Nivel 5, medicamentos de especialidad.
 - Si aprobamos su solicitud de excepción del nivel y hay más de un nivel de costo compartido menor con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, en general usted paga la cantidad menor.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su doctor debe explicarnos las razones médicas**

Su doctor o el profesional autorizado a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos una decisión

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

más rápido, incluya esta información médica de su doctor o del profesional autorizado a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo daría el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produciría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de excepción. Si solicita una excepción del nivel, en general no aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido menor no funcionen igual de bien para usted o sea probable que le produzcan una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. **Las decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos 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).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.

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

- **Si su doctor o el profesional autorizado a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su doctor ni del profesional autorizado a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web: www.ProvidenceHealthAssurance.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Usted, el profesional autorizado a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una decisión de cobertura mediante un correo electrónico seguro en el sitio web de www.ProvidenceHealthAssurance.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

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

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

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

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

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

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

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

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

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

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

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o el profesional autorizado a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 503-574-8000.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/redetermination-request.pdf. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted, el profesional autorizado a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una redeterminación** (apelación) mediante un correo electrónico seguro completando el formulario de redeterminación de Providence Medicare Advantage Plans. Puede encontrarlo en nuestro sitio web indicado en el Capítulo 2, en www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

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

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

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

Plazos para una apelación rápida

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

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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si todavía no recibió el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

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

- **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 indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal:**

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otro profesional autorizado a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la IRE.

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

- 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 pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información de su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de 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 que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos

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

enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

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

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al cliente 503-574-8000 o 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

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

- 3. Guarde la copia** del aviso para tener 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 dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para obtener una copia de este aviso por adelantado, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY de 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 www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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. Llame a SHIBA al 1-800-562-6900. La información de contacto del Programa SHIP está 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. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
 - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener un modelo del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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 modelo del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

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

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente la *acepta*, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.**
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en 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.

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

Paso 4: Si la rechazan, usted tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, 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 estos tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando su cobertura para esa atención finalice, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.

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

- Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a SHIBA al 1-800-562-6900. La información de contacto del Programa SHIP está 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 apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan acerca del momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo, y desea presentar una apelación, sigue teniendo derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad mediante la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también está en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**Término legal:**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen 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 consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le dé nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores la aceptan?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

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

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado 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 por el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.

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

- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no concluir.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

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 por el que apeló alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito 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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para**

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

apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Presentación de quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye 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 tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al cliente? ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? - Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir un medicamento con receta.
Limpieza	¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se	Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente

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

Queja	Ejemplo
relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. - Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

- Una **queja** también se denomina **reclamación**.
- Presentar una queja** se denomina **interponer una reclamación**.
- Utilizar el proceso de quejas** se denomina **usar el proceso para interponer una reclamación**.
- Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Llamar a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) es en general el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicio al cliente 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 tiene una queja, usted o su representante designado pueden llamar al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede enviar su queja por escrito al Departamento de apelaciones y reclamaciones (Appeals and Grievance Department) a

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

la siguiente dirección: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos 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, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

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

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Providence Medicare Pine + Rx (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, diríjase a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Providence Medicare Pine + Rx (HMO) puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- Hay algunas situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare,
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si elige esta opción y recibe “Ayuda adicional”, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los beneficiarios nuevos de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes en el que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes después de adquirir el derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Providence Medicare Pine + Rx (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare, o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid (Washington Apple Health).
- 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 centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de manejo, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de manejo de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según el caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.
- **Si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de los medicamentos:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encontrar la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y Usted 2026).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Providence Medicare Pine + Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Providence Medicare Pine + Rx (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llamar al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Providence Medicare Pine + Rx (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos y los medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Providence Medicare Pine + Rx (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (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.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).

- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas de nuestro plan durante 90 días.
 - Los pagos se aplican primero a la cantidad por la multa de inscripción tardía, si corresponde. Si decidió recibir beneficios complementarios opcionales, el pago entonces se aplica a su prima para odontología.
 - Si se efectúa un pago parcial y no cubre la multa por inscripción tardía, puede que se cancele su cobertura médica Y su cobertura complementaria opcional a partir de los 90 días.
 - Si se efectúa un pago parcial y no cubre su prima complementaria opcional, su cobertura podría potencialmente bajarse de categoría y eliminarse la cobertura complementaria opcional a partir de los 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima de nuestro plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Providence Medicare Pine + Rx (HMO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se podrán aplicar otras leyes federales y, bajo determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al cliente 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, Providence Medicare Pine + Rx (HMO), 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.

SECCIÓN 4 Aviso sobre circunstancias inusuales

Los siguientes son ejemplos de circunstancias inusuales: destrucción total o parcial de las instalaciones, motín de guerra, insurrección civil, conflictos laborales, que no estén bajo el control de Providence Health Assurance, catástrofe grave, incapacidad de una parte importante del personal del hospital, epidemia o causas similares. Si, debido a circunstancias inusuales, la prestación o el suministro de servicios y otros beneficios cubiertos por este acuerdo se retrasa o es impracticable, Providence Health Assurance, dentro de los límites de las instalaciones y el personal disponibles, hará todo lo posible para proporcionar los servicios y otros beneficios cubiertos por este acuerdo. Con respecto a las circunstancias inusuales, ni Providence Health Assurance, ni los hospitales, ni ningún doctor tendrán ninguna responsabilidad por la obligación a causa de la demora o la falta de prestación de servicios u otros beneficios.

SECCIÓN 5 Responsabilidad de terceros

En esta sección, se describen sus obligaciones si usted recibe servicios por los cuales cualquier tercero podría ser responsable. Un “tercero” es toda persona aparte de usted o de Providence (la “primera” y la “segunda” parte), e incluye a cualquier asegurador que proporcione alguna cobertura disponible para usted.

1. Una vez que se determine que un tercero es responsable de pagar los servicios que usted ha recibido y que puede hacerlo, Providence no cubrirá dichos servicios.
2. Providence necesitará información detallada de su parte. Providence Medicare Advantage Plans o un proveedor de subrogación contratado le enviará un cuestionario que deberá completar y devolver lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros. Un empleado de Providence Medicare Advantage Plans especializado en esta área puede ayudarle.

Capítulo 11 Avisos legales

3. Si presenta un reclamo contra un tercero, debe informarle a esa parte de los intereses de Providence.
4. Hasta el máximo de lo permitido por Medicare, Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el dinero recuperado de un tercero, independientemente de que se describa o no la recuperación o si es para un propósito que no sean gastos médicos, e independientemente de si usted es “resarcido” o no por sus pérdidas. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por cualquier recuperación de una compensación laboral, independientemente de si se determina que una pérdida es compensable en virtud de esas leyes.
5. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el valor total de los beneficios, calculado según los cargos normales y habituales de Providence, menos una parte prorrateada de los gastos y los honorarios de los abogados en los que se haya incurrido para hacer la recuperación.
6. Antes de aceptar la resolución de un reclamo de un tercero, usted debe informarle a Providence por escrito los términos ofrecidos.
7. Si el tercero no le hace el reembolso a Providence, deberá hacerlo usted. Providence podría solicitar reintegros de sus proveedores médicos, quienes luego le facturarán a usted.
8. Debe cooperar con Providence en la obtención de reembolsos de terceros en relación con los servicios que han sido cubiertos/pagados por Providence. Si contrata a un abogado, debe exigirle que facilite el reembolso a Providence, en la medida en que lo permita la ley, por cualquier recuperación de terceros.
9. Después de recibir una recuperación de un tercero, usted debe pagar todos los gastos médicos del tratamiento de la enfermedad o la lesión que, de otro modo, pagaría Providence.
10. Solo cuando demuestre satisfactoriamente para Providence que se ha agotado la recuperación, Providence comenzará a pagar de nuevo. Providence pagará la cantidad del costo de los servicios que exceda la recuperación neta.
11. Si no le hace el reembolso a Providence, este puede recuperar el reembolso de futuros beneficios que se adeuden en virtud de este plan o puede remitir su cuenta a una agencia de cobro externa a fin de recuperar el dinero adeudado.

Capítulo 11 Avisos legales

12. Si usted no presenta un reclamo contra un tercero responsable, o si no coopera con Providence en un reclamo que usted presente, Providence puede cobrarle directamente al tercero. Hasta el máximo de lo permitido por Medicare, Providence puede asumir sus derechos contra un tercero, puede demandar al tercero en su nombre, puede intervenir en cualquier demanda que usted interponga y puede fijar un gravamen sobre cualquier recuperación en la medida en que Providence haya pagado beneficios o haya incurrido en gastos para obtener una recuperación.
13. Cualquier incumplimiento de sus obligaciones, tal como se describe en el presente documento, puede dar lugar, en la medida en que lo permita la legislación aplicable, a la denegación del pago de las prestaciones por parte de Providence y/o a la finalización de su cobertura.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Cantidad permitida – Esta es la cantidad máxima de pago por un servicio de atención médica cubierto. Para un proveedor de la red, la cantidad permitida es la tarifa que el proveedor acordó aceptar por un servicio en particular. Para proveedores fuera de la red, la cantidad permitida es el porcentaje de la cantidad permitida por Medicare o hasta los cargos facturados por servicios que no están cubiertos por Medicare.

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un doctor, un hospital o un odontólogo) le factura a un paciente más que la cantidad del costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Providence Medicare Pine + Rx (HMO), solo tiene que pagar las cantidades de sus costos compartidos para recibir los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni de otra manera le cobren más que la cantidad de costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar. Un proveedor fuera de la red o un centro fuera de la red pueden facturarle el saldo por la diferencia entre la cantidad permitida y la cantidad que cobra el proveedor.

Período de beneficios – La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico – Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas

Capítulo 12 Definiciones

alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares tienen la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales. Algunos biosimilares podrían reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas 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 \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic Care Special Needs Plan, C-SNP) – Los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage con enfermedades crónicas específicas graves.

Coseguro – Una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de pagar el deducible.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **interponer una reclamación**. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) – Un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Capítulo 12 Definiciones

Copago – Una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier copago fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido – Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, a mayor el nivel de costo compartido, mayor el costo del medicamento.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si la 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 su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “**decisiones de cobertura**” en este documento.

Medicamentos cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado asistencial – Cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales, incluye ayuda con

Capítulo 12 Definiciones

actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Servicio al cliente – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamaciones y sus apelaciones.

Costo compartido diario – Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro – Una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (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 la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y para la cobertura de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer

Capítulo 12 Definiciones

embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que 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, de ser aprobada, permite que usted reciba un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción del nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan le exige una autorización previa para un medicamento o si desea que lo eximamos de la restricción en los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del 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 – Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Reclamación – Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención médica a domicilio – Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de

Capítulo 12 Definiciones

nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA (sigla en inglés de Income Related Monthly Adjustment Amount). IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Etapas de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Período de inscripción inicial – Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP) – Los I-SNP (sigla en inglés de Institutional Special Needs Plan) restringen la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante 90 días seguidos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en los centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP) – Un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que se puede usar como reemplazo de un producto biosimilar original en la farmacia sin que se necesite una receta nueva porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – consulte “Ayuda adicional”.

Programa de descuentos de fabricantes – Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio máximo justo – El precio negociado por Medicare por un medicamento seleccionado.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo – Lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan a favor de la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El plazo de tiempo comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus

Capítulo 12 Definiciones

beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de 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 (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, atención odontológica o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en nuestro plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporcionan a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM en general incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “*períodos sin cobertura*” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de 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 han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la

Capítulo 12 Definiciones

mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red – Proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “**proveedores del plan**”.

Beneficios complementarios opcionales – Beneficios que no cubre Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Usted debe elegir los Beneficios complementarios adicionales de manera voluntaria para obtenerlos.

Período de inscripción abierta – el período entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de atención médica o medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Producto biológico original – Un producto biológico que fue aprobado por la FDA y que sirve como la comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio) – Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido” anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Máximo que paga de su bolsillo – La cantidad máxima que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE – Un plan PACE (sigla en inglés de Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) de tipo médico y social para personas en situación de vulnerabilidad, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas como medicamentos de la Parte D cubiertos por el Congreso. Ciertas categorías de los medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D – Una cantidad que se suma a su prima mensual del plan de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D.

Administrador de beneficios farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM) – Suele ser un administrador externo que se encarga de procesar y pagar los reclamos de medicamentos con receta en nombre de un plan de salud.

Costo compartido preferencial – Costo compartido preferencial significa un menor costo compartido para determinados medicamentos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto del total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento le funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Proveedor de atención primaria (PCP) – El doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para recibir servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO) – Un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad – Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Capítulo 12 Definiciones

“Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real” – Un portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión – Una orden escrita de su doctor de atención primaria para que usted consulte con un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague por los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto bajo la Parte D por el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

Área de servicio – Una zona geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un plan de salud determinado. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Período de inscripción especial – Un período de tiempo en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial son, entre otras: si se muda fuera del área de servicio; si recibe “Ayuda adicional” con los costos de medicamentos con receta, si ingresa en un centro de cuidados o si rompemos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Capítulo 12 Definiciones

Costo compartido estándar – El costo compartido estándar es el costo compartido distinto del costo compartido preferencial ofrecido en las farmacias de nuestra red.

Tratamiento escalonado – Una herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años y más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Cantidad total permitida –se pueden proporcionar varios servicios durante una consulta. Cada servicio cubierto tiene una **cantidad permitida**. La suma de las **cantidades permitidas** por los servicios cubiertos es la **cantidad total permitida**. Para los servicios cubiertos con un **coseguro**, la cantidad del **coseguro** se aplica a la **cantidad total permitida**.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente.

Servicio al cliente de Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Método	Servicio al cliente: información de contacto
Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). El Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8608
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Washington SHIP)

Asesores de Beneficios de Seguro Médico del Estado (Statewide Health Insurance Benefits Advisors, SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-562-6900
TTY	360-586-0241 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	SHIBA Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
Sitio web	https://www.insurance.wa.gov/insurance-resources/medicare

Declaración sobre la divulgación de la Ley para la Reducción de Trámites. De acuerdo con la Ley para Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Inserto de idiomas múltiples

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。