Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Este documento proporciona detalles sobre su cobertura de salud de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar un reclamo si usted no está satisfecho con el servicio o el tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare

En caso de tener preguntas acerca de este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por Sunflower State Health Plan, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Sunflower State Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en audio, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si usted necesita información del plan en otro formato.

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4636771_KS6CNCEOCSPA_M_0004
H6550004000

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

Nuestro(a) formulario, red de farmacias y/o red de proveedores podría(n) cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que podría afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Según una revisión del Modelo de atención, Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) para operar un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) a lo largo de 2027.

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía 8

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 11

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 17

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro en nuestro plan 17

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan 20

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 26

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 27

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, 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 32

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 35

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 36

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

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan . 37

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 39

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 44

Índice

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? . 47

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 47

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero..... 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 52

SECCIÓN 1 Qué son los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos 53

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera *del plan* 124

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan nuestro plan (exclusiones)..... 124

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 128

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D 128

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 129

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 134

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 137

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede 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 puede sufrir modificaciones durante el año..... 141

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 144

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento 145

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 146

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos..... 147

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D..... 151

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 151

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro plan 154

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra usted 154

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 156

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 157

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 168

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D 168

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 171

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos 171

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 174

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 175

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 177

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 177

SECCIÓN 2 Sus derechos como miembro de nuestro plan 184

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .. 186

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 186

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 187

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 188

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 188

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 189

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 192

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 200

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 211

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 216

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5 220

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 223

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de KanCare 227

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan 228

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 228

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 228

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 232

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 233

SECCIÓN 5 Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Debemos cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 234

CAPÍTULO 11: Avisos legales 236

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 236

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 236

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 237

SECCIÓN 4 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) 237

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro 239

SECCIÓN 6 Contratistas independientes 240

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud 240

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan 240

CAPÍTULO 12: Definiciones 241

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), que es un Plan de necesidades especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y KanCare:

- **Medicare** es 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 (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de Original Medicare.

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de KanCare.

Dado que usted recibe asistencia de KanCare para el costo compartido de la Parte A y de la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. KanCare también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. Usted también recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Nuestro plan ayudará a gestionar todos estos

beneficios por usted, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Nuestro plan está administrado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid Kansas para coordinar sus beneficios de KanCare. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare , incluida la cobertura para medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo nuestro plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o de las condiciones que afectan su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en nuestro plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y KanCare deben aprobar nuestro plan. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos seguir ofreciendo el plan y si Medicare y KanCare renuevan 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 estos requisitos:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- Usted cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare y los Beneficios Completos de Medicaid bajo KanCare.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que la vuelva a obtener dentro de (de los) 6 meses mes(es), entonces usted seguirá siendo elegible para la membresía. El Capítulo 4, Sección 2 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de supuesta elegibilidad continua.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Kansas: Allen, Anderson, Atchison, Barber, Bourbon, Brown, Butler, Chase, Chautauqua, Cherokee, Cowley, Crawford, Dickinson, Doniphan, Douglas, Elk, Ellsworth, Franklin, Greenwood, Harper, Harvey, Jackson, Jefferson, Jewell, Johnson, Kingman,

Labette, Leavenworth, Lincoln, Linn, Lyon, Marion, McPherson, Miami, Mitchell, Montgomery, Morris, Nemaha, Neosho, Osage, Osborne, Ottawa, Pawnee, Pottawatomie, Reno, Republic, Russell, Sedgwick, Shawnee, Stafford, Sumner, Wabaunsee, Washington, Wilson, Woodson, y Wyandotte.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntarle cómo afectará esta mudanza sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente 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 Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan por este motivo. Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de KanCare. Muestra de la tarjeta de miembro:

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y de farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* go.wellcare.com/2026providerdirectories enumera los proveedores actuales de nuestra red, los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Una IPA es una asociación de médicos, incluidos médicos PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con una HMO para brindar servicios a los miembros.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y de farmacias* puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de Directorios de *proveedores* y *farmacias* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

El *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2026providerdirectories enumera los proveedores actuales de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias y de proveedores* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

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

Si no tiene un *Directorio de farmacias y de proveedores* , puede solicitar una copia de Servicios para los miembros 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. 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 (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP).

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen 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 go.wellcare.com/druglist-6712 o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.	$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles.)	$9,250 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas de atención primaria en el consultorio	$0 de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	$0 de copago por consulta
Hospitalizaciones para pacientes internados	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros se encuentran en un hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden utilizar a lo largo de su vida.

	Sus costos en 2026
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 Sección 4 para obtener más información).	$615 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener información acerca de las etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas).	**Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** **Costo compartido estándar: $19 de copago** **Costo compartido preferido: $18 de copago** **Medicamentos de Nivel 2:** **Costo compartido estándar: $20 de copago** **Costo compartido preferido: $19 de copago** **Medicamentos de Nivel 3:** **Costo compartido estándar: 22% de coseguro** **Usted paga el menor de $35 o 22% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Costo compartido preferido: 22% de coseguro** **Usted paga el menor de $35 o 22% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 4:** **Costo compartido estándar: $100 de copago** **Usted paga el menor de $35 o 25% por un suministro para un mes de cada**

	Sus costos en 2026
	producto de insulina cubierto en este nivel. **Costo compartido preferido: $100 de copago** **Usted paga el menor de $35 o 25% por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de Nivel 5:** **Costo compartido estándar: 25% de coseguro** **Costo compartido preferido: 25% de coseguro** **Medicamentos de Nivel 6:** **Costo compartido estándar: $0 de copago** **Costo compartido preferido: $0 de copago** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.**

Sus costos podrían incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Debido a que el programa de Ayuda adicional paga la prima en nombre de usted, usted no debe pagar una prima mensual por separado del plan para *nuestro plan*.

Si *ya* está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta)*, también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicitar la *Cláusula LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2 de arriba, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para KanCare y también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP), KanCare paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si KanCare no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. Usted también podría pagar una prima de la Parte A si no califica para una Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura acreditable para medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans

Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Podría recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

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

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

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional base para beneficiarios). Para 2026, el monto promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima nacional base para beneficiarios y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $38.99, que es igual a $5.46. Esto se redondea a $5.50. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa podría cambiar cada año**, ya que la prima nacional base para beneficiarios 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 usted es *menor* de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare.

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 recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por

inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagó una multa antes de ingresar a nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise 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 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si se vuelve 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 se vuelve elegible para Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar su 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 o de otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Encontrará más información sobre Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro en 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.

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

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o KanCare).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si ingresa 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 fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)

- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba dar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme la identidad de estos) con el fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas establecidas por Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que 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 podría no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud 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 principal 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 primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Servicios para los miembros. Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Si deja un mensaje de voz, incluya su nombre y número telefónico, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en un (1) día hábil. Servicios para los miembros 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Escriba a	Wellcare PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Sitio web	go.wellcare.com/KS

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

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

Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Escriba a	Coverage Determinations Department - Medical PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Decisiones de cobertura para sus medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-226-1093
Escriba a	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Sitio web	go.wellcare.com/KScoveragedeterminations

Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671

Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto	
Escriba a	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10343 Van Nuys, CA 91410-0343

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-866-388-1766
Escriba a	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Sitio web	go.wellcare.com/KS

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

Quejas sobre la atención médica: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Escriba a	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-844-796-6811 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Escriba a	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o medicamento que recibió

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

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
Escriba a	Solicitudes de pago médico: Member Reimbursement Dept PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Solicitudes de pago de la Parte D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577

Solicitudes de pago: información de contacto	
Sitio web	go.wellcare.com/KS

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra 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	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare: información de contacto	
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare. • Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencia de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Buscar sitios web y números de teléfono útiles. También puede utilizar el sitio web www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de nuestro plan. **Para presentar una queja ante Medicare,** consulte 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Kansas, el SHIP se denomina Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK).

Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) es un programa estatal independiente (sin relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) con fondos del gobierno federal para asesorar sobre seguros médicos, local y gratuitamente, a las personas con Medicare.

Los asesores de Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

	Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK): información de contacto
Llame al	1-800-860-5260 1-800-432-3535
TTY	711 1-785-291-3167 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Kansas Department for Aging and Disability Services Central Office 503 S. Kansas Ave Topeka, KS 66603
Sitio web	https://www.kdads.ks.gov/services-programs/aging/medicare-programs/senior-health-insurance-counseling-for-kansas-shick

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Kansas, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Livanta BFCC - Kansas' Quality Improvement Organization.

Livanta BFCC - Kansas' Quality Improvement Organization tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta BFCC - Kansas' Quality Improvement Organization es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta BFCC - Kansas' Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

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

	Livanta BFCC - Kansas' Quality Improvement Organization: información de contacto
Llame al	1-888-755-5580 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los sábados y domingos
TTY	711
Escriba a	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede utilizar 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Como miembro de nuestro plan, usted es elegible para ambos, Medicare y KanCare. Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de KanCare (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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). Los beneficiarios elegibles también son beneficiarios totales de Medicaid.

Para ser miembro de este plan, debe estar inscrito simultáneamente en Medicare y KanCare y cumplir con todos los demás requisitos de elegibilidad del plan en el momento de la inscripción. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a KanCare.

KanCare Medicaid for Kansas: información de contacto	
Llame al	1-800-792-4884 8 a.m. a 5 p.m. (CT), de lunes a viernes
TTY	1-800-792-4292 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Department of Health & Environment, Centers for Medicare and Medicaid Services P.O. Box 3599 Topeka, KS 66601-9738
Sitio web	https://www.kancare.ks.gov/

El KanCare Ombudsman ayuda a las personas inscritas en KanCare que tienen problemas con los servicios o la facturación. Puede ayudarle a interponer un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

KanCare Ombudsman: información de contacto	
Llame al	1-855-643-8180 785-296-3017 8:30 a.m. a 5 p.m. hora del centro, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Kansas Long-Term Care Ombudsman 900 SW Jackson, Suite 1041 Topeka, KS 66612
Sitio web	https://www.kancare.ks.gov/members/help-resources/kancare-ombudsman

El Kansas Long-Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información sobre centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes y sus familias.

Kansas Long-Term Care Ombudsmen: información de contacto	
Llame al	1-877-662-8362 1-785-296-3017 785 269-3619 8:30 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Long-Term Care Ombudsman 900 SW Jackson, Suite 1041 Topeka, KS 66612
Sitio web	https://www.ombudsman.ks.gov/

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

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

Ayuda adicional de Medicare

Dado que usted califica para KanCare, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-792-4884, número de TTY 1-800-792-4292.

Si usted considera que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener la evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicios para los miembros y comuníquele a un representante que usted considera que califica para recibir Ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted proporcione uno de los siguientes tipos de documentación (Mejor evidencia disponible):

- Una copia de su tarjeta de beneficiario de KanCare en donde figure el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en KanCare durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de KanCare durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una captura de pantalla de los sistemas de KanCare del estado que muestre el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Otra documentación suministrada por el estado muestre el estado de KanCare durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique que la persona recibe Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI)
- Una solicitud presentada por una persona considerada elegible, donde se confirme que el beneficiario es "... automáticamente elegible para recibir Ayuda adicional..." (publicación de la SSA HI 03094.605)

Si usted está internado y considera que califica para costo compartido de cero, llame a Servicios para los miembros y comuníquele al representante que usted considera que califica para recibir ayuda adicional. Es posible que se requiera que usted presente uno de los siguientes tipos de documentación:

- Un comprobante de un centro que muestre el pago de Medicaid hecho a nombre de usted y que corresponda a un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de usted a un centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior; o
- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado, que muestre el estado de usted a nivel institucional, con base en una estadía de al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si no puede proporcionar la documentación descrita antes, y cree que podría calificar para recibir Ayuda adicional, llame a Servicios para los miembros y un representante le ayudará.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe una deuda, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su

nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamento con receta ayuda con los costos compartidos para los medicamentos con receta mediante The Kansas Ryan White Part B Program.

The Kansas Ryan White Part B Program es el ADAP de su estado.
The Kansas Ryan White Part B Program de su estado se indica abajo.

The Kansas Ryan White Part B Program: información de contacto	
Llame al	1-785-296-1086 8 a.m. a 5 p.m. hora local, lunes a viernes
TTY	711
Escriba a	Division of Public Health 1000 SW Jackson, Suite 540 Topeka, KS 66612
Sitio web	https://www.kdhe.ks.gov/359/AIDS-Drug-Assistance-Program

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado), y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a The Kansas Ryan White Part B Program.

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pagos de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través **del año calendario** (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si usted está participando en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan**

de la Parte D, automáticamente su participación se renovará para 2026. La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda del Programa de asistencia farmacéutica de su estado (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el plan de pago de recetas de Medicare. Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto	
Llame al	1-833-750-9969 Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 1-844-796-6811 de Servicios para los miembros (los usuarios de TTY deben llamar a 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación parar las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Sitio web	go.wellcare.com/KS-MPPP

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

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

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de 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 del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de 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 médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado 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 acude a un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.
- 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 medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica cubierta y otros servicios por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare , nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de aquellos que están cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4 para consultar los servicios cubiertos por el plan.

Por lo general, nuestro plan cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los 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.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1) para obtener más información.
    - Comente con anticipación su plan de tratamiento con su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar su atención médica antes de utilizar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Se requiere autorización previa para recibir algunos servicios. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.
- **Debe recibir 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), excepto en los casos que se mencionan a continuación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué servicios de emergencia o urgencia hay, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare o KanCare exige que nuestro plan cubre, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría a un proveedor dentro de la red (se requiere autorización previa). En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor.de la red Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio

de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

- **El beneficio de Punto de servicio (Point-of-Service, POS) le permite obtener ciertos servicios de proveedores fuera de la red.** No todos los servicios están cubiertos fuera de la red en la opción de Punto de servicio (Point of Service, POS). Para obtener más información sobre servicios cubiertos fuera de la red, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2. Usted pagará más por acceder a estos servicios cuando utiliza su beneficio de POS. Para obtener más información, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

  No es necesario que obtenga una remisión cuando recibe atención por parte de proveedores fuera de la red por estos servicios. Sin embargo, antes de contratar los servicios, es posible que desee confirmar que están cubiertos por nosotros. Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la cobertura y usted será responsable de los costos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

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

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

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

Cuando usted comienza a ser miembro de nuestro plan, primero debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es su socio en su salud, proporciona y coordina su atención médica. Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Estos incluyen médicos especializados en medicina familiar, medicina general, medicina interna y geriatría. Un enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), un enfermero matriculado con licencia del estado con capacitación especial que brinda un nivel básico de atención médica, o un asistente médico (Physician Assistant, PA), acreditado como PCP, que brinda servicios dentro de un entorno de atención primaria también puede actuar como su PCP.

Recibirá la mayor parte de su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiografías,
- Análisis de laboratorio,

- Fisioterapia, terapia ocupacional y/o terapia del habla,
- Atención de médicos especialistas,
- Admisión en un hospital, y
- Atención de seguimiento

"Coordinar" sus servicios cubiertos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo se está llevando a cabo. Para determinados tipos de servicios o suministros, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Si el servicio que usted necesita requiere una autorización previa, su PCP solicitará la autorización a nuestro plan. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. Generalmente, usted verá a su PCP primero para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Le recomendamos que le solicite a su PCP que coordine toda su atención. Consulte la Sección 2.2 en este capítulo para obtener más información.

En algunos casos, su PCP o un especialista u otro proveedor que lo atienda deberá obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte para determinados tipos de servicios y artículos cubiertos. Consulte el Capítulo 4 de este documento para conocer los servicios y artículos que requieren autorización previa.

Si necesita hablar con su médico fuera del horario de atención regular, llame al consultorio del médico y se le dirigirá directamente a su médico, a un contestador automático con instrucciones sobre dónde obtener servicio, o a otro médico que proporcione cobertura. Si tiene una emergencia, llame inmediatamente al 911.

Cómo elegir un PCP

Para elegir su PCP, visite nuestro sitio web go.wellcare.com/2026providerdirectories y seleccione un PCP de nuestra red de nuestro plan. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir un PCP. Una vez que haya elegido a su PCP, llame a Servicios para los miembros con su selección. Su PCP debe estar en nuestra red.

Si hay un especialista u hospital del plan que usted desee usar en particular, verifique primero que los especialistas y/u hospitales están en un PCP de la red.

Si no elige un PCP o si elige un PCP que no está disponible en este plan, automáticamente lo asignaremos a un PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir un PCP nuevo. Bajo ciertas circunstancias, nuestros proveedores están obligados a continuar con la atención después de dejar nuestra red. Para detalles específicos, comuníquese a Servicios para los miembros.

Si usted desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Es posible que cada PCP del plan haga remisiones a ciertos especialistas del plan y use ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que usted puede usar. Si hay especialistas u hospitales que usted desea usar en particular, averigüe si el PCP del plan usa estos especialistas u hospitales.

Para cambiar de médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), llame a Servicios para los miembros. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Nota: Si usted usa un PCP que no es el que tiene asignado, es posible que incurra en costos compartidos más altos o que rechacen reclamaciones.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión de su PCP

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

- Atención médica de rutina de la mujer, incluyendo exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19 y vacunas contra la neumonía siempre y cuando se obtengan de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por un plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

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

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

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Hable sobre sus necesidades de atención médica con su médico PCP para obtener una recomendación para ver a un especialista que apoye sus necesidades de atención. No se requiere una remisión para consultar a un especialista. Sin embargo, en algunos casos, usted, su representante o su médico PCP/proveedor podrían necesitar una autorización previa del plan. Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

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

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

- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios. Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área de cobertura. Además, nuestro plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros que tienen enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden tener acceso a proveedores dentro de la red. Los servicios para ESRD se deben recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare.

Además, si necesita atención médica cubierta por Medicare y un proveedor de la red no puede brindarle esta atención, es posible que pueda obtener atención de un proveedor fuera de la red. Nuestro plan debe confirmar que no hay un proveedor de la red disponible, y el proveedor fuera de la red debe comunicarse con el plan para solicitar una autorización para que usted reciba los servicios. Si se aprueba, al proveedor fuera de la red se le emitirá una autorización para prestar los servicios.

A través del beneficio de punto de servicio (Point-of-Service, POS), puede utilizar proveedores fuera de la red para obtener determinados servicios. Para obtener más información sobre servicios cubiertos fuera de la red, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2. Usted pagará más por acceder a estos servicios cuando utiliza su beneficio de POS. Sus costos de su bolsillo pueden ser más altos cuando utiliza proveedores fuera de la red a través de su beneficio de POS. No es necesario obtener una remisión cuando acude a proveedores fuera de la red para recibir estos servicios. Sin embargo, antes de obtener los servicios, se recomienda que confirme con nosotros que están cubiertos. Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos denegar la

cobertura y usted será responsable de los costos. Algunos servicios pueden requerir autorización previa.

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con Servicio para los miembros o envíenos la factura para que la paguemos. Pagaremos a su proveedor la parte que nos corresponde de la factura y su proveedor podrá fracturarle a usted el monto que debe, si corresponde.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga 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 su vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica 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 de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red. Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) incluye la cobertura de emergencias y urgencias en todo el mundo.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. También puede llamarnos al Servicios para los miembros al número indicado en el reverso de su tarjeta de miembro.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia determinarán en qué momento se estabiliza la afección y cuando finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Es importante que realice un seguimiento con su proveedor de atención primaria en un plazo de 5 a 7 días después de recibir atención de emergencia. Recibirá una llamada de nuestro equipo de atención médica para ayudarle a concertar las citas de seguimiento necesarias y obtener otros beneficios útiles para su recuperación. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir por la atención de emergencia —porque considera que su salud está en grave peligro— y encontrarse con que el médico le dice que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de atención de urgencia y usted sigue las normas a continuación para obtener la 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 que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Comuníquese con el consultorio de su PCP las 24 horas del día si necesita atención de urgencia. Se le podría indicar que obtenga atención de urgencia en un centro de atención de urgencia de la red. Puede encontrar una lista de los centros de atención de urgencia de la red en el *Directorio de proveedores y de*

farmacias o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories. Si los servicios de atención de urgencia se reciben en el consultorio de su médico, usted pagará el copago por la consulta en el consultorio; sin embargo, si los servicios de atención de urgencia se reciben en un centro de atención de urgencia o clínica sin cita previa, usted pagará el copago del centro de atención de urgencia, que puede ser diferente. Consulte el Capítulo 4, para saber qué copago se aplica a los servicios proporcionados en el consultorio del médico o en el centro de atención de urgencia de la red o en la clínica sin cita previa.

También puede comunicarse con la Línea de asesoramiento de enfermería (Nurse Advice Line) en cualquier momento. Un profesional de enfermería está en línea para brindarle respuestas las 24 horas del día, los siete días de la semana. Para obtener más información sobre la Línea de asesoramiento de enfermería, consulte la categoría de beneficios Programas educativos sobre salud y bienestar en el Capítulo 4, o llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan cubre servicios en caso de emergencia en todo el mundo y servicios de atención de urgencia fuera de Estados Unidos, bajo las siguientes circunstancias. Sin embargo, Medicare no cubre la atención médica en caso de emergencia fuera de Estados Unidos.

- Usted tiene cobertura por hasta $50,000 cuando viaje fuera de Estados Unidos bajo su cobertura para la atención médica en caso de emergencia y de urgencia. El costo que exceda este monto *no* estará cubierto.
- El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país y los medicamentos que se adquieran mientras se está fuera de Estados Unidos *no* estarán cubiertos. Además, los costos compartidos por acudir a la sala de emergencias *no* se cancelan en caso de que se le hospitalice para recibir atención como paciente internado.
- De ser posible, comuníquese con nosotros en un plazo que no supere las 48 horas, para informarnos de su consulta en la sala de emergencias.

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite go.wellcare.com/KS 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 recibir atención 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, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si usted recibe una factura por servicios médicos cubiertos, visite Capítulo 7 para obtener información acerca de lo que se debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de un servicio, consúltenos si el servicio está cubierto por KanCare.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El monto que usted paga por los costos una vez que se haya alcanzado el límite del beneficio, no se tomará en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Por ejemplo, usted podría tener que pagar el costo total de cualquier atención en un centro de enfermería especializada que reciba después de que el pago de nuestro plan alcance el límite del beneficio. Una vez que usted haya agotado el límite del beneficio, los pagos adicionales que haga por el servicio no se toman en cuenta para el monto anual máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los

servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan lo apruebe ni tampoco que nos avise ni su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. (Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos determinados beneficios que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (Coverage with Evidence Development, NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE). Estos beneficios podrían estar sujetos a una autorización previa y otras normas del plan).

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

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

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

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas

(Computed Tomography, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas inscritas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica (Medicare and Clinical Research Studies)*, 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 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 del miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos voluntarios y que no son obligatorios según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde 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 solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución se le prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - – y – usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su estadía en una institución de atención médica no médica religiosa no está cubierta por nuestro plan a menos que obtenga autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan y estará sujeta a las mismas limitaciones de cobertura que la atención en un centro de enfermería especializada o para pacientes internados que de otro modo hubiera recibido. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura e información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones para la cobertura de enfermería especializada y hospitalización para pacientes internados.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No adquirirá la propiedad 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 miembros los usen en su hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como dispositivos protésicos. Otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME tienen posesión del equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de nuestro plan, también hay ciertos tipos de DME que usted poseerá después de haber pagado los copagos correspondientes al artículo por una cantidad específica de meses. Los pagos que haya hecho previamente por un artículo de DME cuando usted contaba con Original Medicare no se toman en cuenta para los pagos que haga mientras es miembro de nuestro plan. Si usted adquiere un artículo DME en propiedad mientras es miembro de nuestro plan y, el equipo requiere mantenimiento, el proveedor está autorizado a facturarle al plan el costo de la reparación. También hay ciertos tipos de DME que usted no adquiere en propiedad sin importar cuántos pagos haga por el artículo mientras es un miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para averiguar los requisitos que debe cumplir para el alquiler o la adquisición en propiedad de DME, y los documentos que debe presentar.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir la propiedad del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo en propiedad el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a unir a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toma en cuenta.

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Qué son los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Dado que recibe asistencia de KanCare, usted no paga nada por los servicios cubiertos en tanto siga las normas del plan sobre cómo obtener la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) es $9,250**.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. (Los montos que paga por sus medicamentos de la Parte D de no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios se indican con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si usted llega

al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,250, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague KanCare u otro tercero por usted).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que (la cobertura para medicamentos de la Parte D se cubre en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y KanCare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y de KanCare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan MA no podría requerir autorización previa para ningún curso activo de tratamiento, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación a una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida por la duración que corresponda a lo médicamente razonable y necesario con el fin de evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los requisitos de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor de tratamiento.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y KanCare. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. KanCare cubre el costo compartido que le corresponde por servicios de Medicare, incluidos los deducibles y copago de Medicare o los montos correspondientes al coseguro por servicios hospitalarios para pacientes internados y pacientes externos, así como

por las consultas en el consultorio del médico. KanCare también cubre los servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, algunos medicamentos de venta libre y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*). También puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Para los servicios cubiertos de KanCare, consulte el Resumen de beneficios del plan para obtener una lista completa de beneficios cubiertos por KanCare. Si no recibió un Resumen de beneficios, llame a Servicios para los miembros y solicite que le envíen una copia. Su costo compartido para los servicios cubiertos por KanCare, si los hubiera, se basa en su nivel de elegibilidad para KanCare.
- Si se encuentra dentro del período de supuesta elegibilidad continua de nuestro plan de 6 meses, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no se responsabiliza de la cobertura de ningún beneficio KanCare que pudiera estar incluido en su plan estatal de Medicaid.

No paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación, y cumple con ciertos requisitos, usted podría calificar para recibir beneficios complementarios especiales para las personas que tienen enfermedades crónicas.
  - **Trastornos autoinmunes (incluye artritis reumatoide)**
  - **Cáncer**
  - **Enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión)**
  - **Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por el consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD)**
  - **Insuficiencia cardíaca crónica**
  - **Trastornos pulmonares crónicos**
  - **Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes**

  - **Enfermedad gastrointestinal crónica (incluye trastornos gastrointestinales crónicos)**
  - **Enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD)**
  - **Afecciones con dificultades funcionales (incluye la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), la enfermedad hepática en etapa terminal, osteoporosis (enfermedad ósea)), osteoartritis**
  - **Afecciones que requieren servicios continuos de terapia para que las personas mantengan o conserven su funcionalidad (incluye la distrofia muscular)**
  - **Afecciones asociadas a un deterioro cognitivo (incluye el síndrome de Down)**
  - **Demencia**
  - **Diabetes mellitus**
  - **Endometriosis**
  - **VIH/SIDA**
  - **Trastornos neurológicos**
  - **Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye la hiperlipidemia/dislipidemia)**
  - **Seguimiento médico posterior al trasplante de un órgano**
  - **Trastornos hematológicos graves**
  - **Accidente cerebrovascular**
- Su plan incluye Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estos beneficios complementarios solo se ofrecen a los miembros que están en un riesgo elevado y con enfermedades crónicas que también reúnen los requisitos adicionales de elegibilidad.
- **Para calificar, los miembros deben cumplir y conservar los tres requisitos de elegibilidad que se describen a continuación:**
  1. El miembro debe requerir la administración de cuidados **intensivos**.
  2. El miembro debe correr un **alto riesgo** de una hospitalización no planificada.
  3. El miembro debe tener un diagnóstico documentado y activo de una afección que reúne los requisitos. La afección crónica debe **poner en peligro la vida o limitar significativamente la salud general o la función del miembro.**
- Wellcare le avisará si reúne los requisitos, y usted recibirá una carta con las instrucciones sobre cómo obtener el beneficio.
- Los nuevos miembros podrían ser elegibles para los beneficios de SSBCI si su proveedor testifica que usted reúne los requisitos.
- Podrían aplicarse copagos u otros costos que no están cubiertos por su plan.
- Se requiere confirmación de que se ha cumplido con todos los requisitos antes de recibir acceso a estos beneficios.

- Todos los beneficios terminan el 31 de diciembre de 2026 y se requerirá que todos los miembros vuelvan a calificar para cada año del plan.
- Para obtener más información, consulte la fila *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* de la siguiente Tabla de beneficios médicos.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Para los servicios cubiertos de KanCare, consulte el Resumen de beneficios del plan para obtener una lista completa de beneficios cubiertos por Medicaid. Si no recibió un Resumen de beneficios, llame a Servicios para los miembros y solicite que le envíen una copia. Su costo compartido para los servicios cubiertos por Medicaid, si los hubiera, se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para determinar cuál es su nivel de costo compartido.	
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 médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para dolor crónico en la parta baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: Para fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • Dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido 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; y	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. $0 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare recibidos en el consultorio de un especialista. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor crónico en la parta baja de la espalda - continuación • no está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • una maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	$0 de copago por los servicios de acupuntura recibidos en el consultorio de un quiropráctico. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de	$0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia - continuación ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* $0 de copago por un traslado de un solo tramo mediante servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. *Puede requerirse autorización previa para transporte en una aeronave de ala fija y para transporte que no sea de emergencia.* El costo compartido no se anula si usted es ingresado para recibir atención hospitalaria como paciente internado.
Examen físico de rutina anual El examen físico anual incluye la exploración del corazón, los pulmones, el abdomen y el sistema nervioso, así como una exploración manual del cuerpo (como la cabeza, el cuello y las extremidades) y un historial médico y familiar detallado, además de los servicios incluidos en la consulta de bienestar anual. Los siguientes son ejemplos de servicios que pueden realizarse u ordenarse durante su examen: • Tomar mediciones de rutina (estatura, peso, presión arterial) • Evaluar los factores de riesgo de enfermedades prevenibles.	$0 de copago por un examen físico anual de rutina.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Examen físico de rutina anual - continuación • Control de reflejos y signos vitales • Pruebas de laboratorio (muestras de orina y sangre)	
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada año calendario. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	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: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	 $0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca cubiertos por Medicare. $0 de copago para servicios de rehabilitación cardiaca intensiva cubiertos por Medicare.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	 No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas para detectar 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 requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones	$0 de copago por servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Nuestro plan también cubre consultas complementarias de quiropráctica (sin cobertura de Medicare) hasta un total de 12 consultas cada año. Los servicios quiroprácticos complementarios (no cubiertos por Medicare) para tratar la espalda, el cuello o las articulaciones de los brazos y las piernas están limitados por la necesidad médica. Los servicios quiroprácticos cubiertos incluyen: • Un examen inicial (examen de paciente nuevo o un examen de paciente establecido, para la primera evaluación de un paciente con un problema de salud nuevo o una exacerbación nueva). • Los exámenes repetidos (exámenes de pacientes establecidos, cuando sea necesario para evaluar la evolución o modificar el tratamiento), manipulación de la columna vertebral o las articulaciones, y/u otros servicios (estos servicios pueden prestarse en la misma visita que un examen).	$0 de copago por cada consulta complementaria de quiropráctica (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de quiropráctica - continuación • Los servicios de radiografías y de análisis de laboratorio cuando son prestados o remitidos por un quiropráctico contratado. En el caso de los servicios de radiografías y de análisis de laboratorio que se prestan fuera una consulta como paciente nuevo o paciente establecido se evaluará un copago individual. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar al Servicios para los miembros. **Nota:** La cobertura de los servicios de quiropráctica de rutina es un beneficio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni KanCare pagarán la parte del costo que le corresponde a usted por estos servicios.	
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 evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales prestados conforme al tratamiento. Consulte "Servicios de un médico/profesional de salud no médico, incluida la consulta en el consultorio del médico" que figura más adelante en esta tabla para conocer los montos de compartido aplicables para atención primaria cubierta o consultas en el consultorio de un especialista en donde se proporcionan los servicios que cubre Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y está sujeta a $0 de copago por los servicios de su médico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección planificada, que implican la remoción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta, y en el mismo procedimiento clínico.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de un órgano. Además, cubrimos:	$0 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación **<u>Servicios dentales complementarios (p.ej., de rutina)</u>** El plan tiene una asignación de beneficios de $5,000 cada año para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro y fuera de la red. Usted es responsable de los montos que excedan la asignación del beneficio.*	
• **Atención dental de diagnóstico y preventiva** (Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente).	
○ Exámenes orales periódicos - 2 cada año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada examen oral.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada examen oral.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Limpiezas (profilaxis) - 2 cada año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada limpieza.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada limpieza.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Tratamiento con fluoruro - 1 cada año	**Dentro de la red** $0 de copago por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	25% de coseguro por cada tratamiento con fluoruro.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Radiografías dentales - 1 juego(s) cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por radiografías dentales por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por radiografías dentales por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Otros servicios dentales de diagnóstico - 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por otros servicios dentales de diagnóstico por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Otros servicios dentales preventivos - 1 cada fecha de servicio hasta 3 años de planes según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por otros servicios dentales preventivos por consulta.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por otros servicios dentales preventivos por consulta.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	Puede requerirse una autorización previa.
• **Atención dental integral (Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente).**	
○ Servicios de restauración - 1 cada 1 a 7 años del plan por diente según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada servicio de restauración.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Endodoncia - 1 por diente de por vida	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de endodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada servicio de endodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Periodoncia - 1 cada 6 meses hasta 3 años del plan según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de períodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red▪** 25% de coseguro por cada servicio de períodoncia.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
○ Cirugía oral/maxilofacial - 1 cada fecha de servicio - de por vida según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio oral maxilofacial. * *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada servicio oral maxilofacial.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia, fija - 1 cada fecha de servicio hasta 7 años del plan por diente, según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de prostodoncia fija.* *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada servicio de prostodoncia fija.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Prostodoncia, removible - 1 cada fecha de servicio a 5 años según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio de prostodoncia removible. * *Puede requerirse una autorización previa.* **Fuera de la red**▪ 25% de coseguro por cada servicio de prostodoncia removible.* *Puede requerirse una autorización previa.*
○ Servicios generales complementarios - 1 cada fecha de servicio a 5 años del plan según el tipo de servicio	**Dentro de la red** $0 de copago por cada servicio general complementario. * *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales - continuación	
	Fuera de la red▪ 25% de coseguro por cada servicio general complementario.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Antes de obtener los servicios, se recomienda a los miembros que consulten sus opciones de tratamiento con un proveedor participante en servicios dentales de rutina. El tratamiento debe iniciarse y completarse mientras esté cubierto por el plan durante el año del plan. El costo de los servicios dentales no cubiertos por el plan es responsabilidad del miembro. **Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor, presentar una reclamación o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.** **Puede encontrar información adicional sobre la cobertura dental, incluida una lista detallada de los procedimientos cubiertos, en nuestro Información acerca de los beneficios dentales en:** go.wellcare.com/dentalbenefits-gold **Nota:** Los servicios de rutina para la atención dental es un beneficio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni KanCare pagarán la parte que le corresponde a usted de los costos por estos servicios. Los miembros que también están inscritos en KanCare podrían ser elegibles para una cobertura secundaria de servicios dentales complementarios proporcionados por el Estado. Antes de obtener servicios dentales, pregunte al proveedor si pueden facturar a KanCare como pagador secundario. Asegúrese de mostrar al proveedor su tarjeta de identificación de KanCare.	▪**Si decide acudir a un dentista fuera de la red, es posible que los gastos que deba pagar de su bolsillo sean más elevados. Los proveedores dentales fuera de la red no están obligados a aceptar el pago del plan como pago total. Si le cobran más de lo que paga el plan, usted es responsable de la diferencia, incluso por servicios que tienen $0 de copago.**

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
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 la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de	$0 de copago por suplementos de monitoreo para la diabetes cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que KanCare no cubre. $0 de copago por zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare para las

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación	
plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	personas que padecen diabetes y pie diabético grave. *Puede requerirse una autorización previa.* Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que KanCare no cubre.
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas situaciones. Los productos de Lifescan, Accu-Chek Guide™ y True Metrix™, son nuestros suministros preferidos de pruebas para diabetes (monitores de glucosa y tiras reactivas). Para obtener más información acerca de los artículos que están en nuestra lista de suministros de pruebas para diabetes, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted usa suministros de pruebas para diabetes que no son los preferidos del plan, hable con su proveedor para obtener una receta nueva o para solicitar la autorización previa para el monitor de glucosa y las tiras reactivas no preferidos.	$0 de copago por cada servicio de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare. Sin embargo, usted aún podría tener que pagar hasta el 20% del monto por los productos que KanCare no cubre.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados	
(Para leer una definición de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 12 y Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja	$0 de copago por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.	Su costo compartido por la cobertura de Medicare para el equipo de oxígeno es $0 de copago, cada 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan hubiera hecho pagos de alquiler por 36 meses por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es $0 de copago.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que cuando usted obtiene estos servicios dentro de la red.	$0 de copago por cada consulta de atención de emergencia cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe ir a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención o deberá recibir la autorización de nuestro plan

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de emergencia - continuación	
	para recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Los servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	$115 de copago por servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Programas educativos sobre salud y bienestar	
• **Línea de asesoramiento de enfermería** Asesoramiento telefónico gratuito proporcionado por personal de enfermería registrado, capacitado y con licencia. La línea de asesoramiento de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder preguntas relacionadas con la salud. Puede comunicarse con la línea de asesoramiento de enfermería llamando a Servicios para los miembros para que lo transfieran a la línea de asesoramiento de enfermería.	$0 de copago por la línea de asesoramiento de enfermería.*
• **Beneficio de acondicionamiento físico**	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación Nuestro plan ofrece un programa de acondicionamiento físico que brinda acceso a ubicaciones de centros de acondicionamiento físico en todo el país. Para ayudarle a llevar un estilo de vida activo y saludable, tiene acceso a las siguientes ventajas sin costo alguno: ○ Membresía del centro de acondicionamiento físico: Elija entre una gran variedad de centros de acondicionamiento físico presenciales que participan en la red de acondicionamiento físico. La membresía incluye el acceso a los servicios de un club de acondicionamiento físico o de un estudio de acondicionamiento físico, así como a las lecciones de ejercicio grupales que se ofrecen. Puede tener acceso a uno o más gimnasios dentro de la red de acondicionamiento físico. ○ Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Puede elegir entre una amplia variedad de kits de acondicionamiento físico para el hogar, incluido un monitor de actividad física portátil. Puede recibir hasta 1 kit por año de beneficios ○ Programa de acondicionamiento físico digital: Elija entre miles de vídeos de ejercicio bajo pedido a través de la biblioteca digital, acceda a clases virtuales y a una aplicación móvil. Para más información acerca del beneficio de acondicionamiento físico, llame a Servicios para los Miembros.	
• **Sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS)** Cobertura para un dispositivo personal de respuesta médica de emergencia por vida y la tarifa mensual	$0 de copago por un sistema de respuesta personal de emergencia (Personal Emergency Response System, PERS) - sistema de alerta médica.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación correspondiente. Un dispositivo personal de respuesta médica proporciona tranquilidad y respuesta durante las 24 horas, los 7 días de la semana ante sus necesidades de emergencia y no emergencia. Los miembros pueden elegir de entre: ○ Sistema PERS de línea fija para el hogar, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello. ○ Sistema PERS celular para el hogar, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello. ○ Sistema PERS móvil, que incluye opciones de uso en forma de pulsera y cordón para el cuello. ○ Reloj PERS, que incluye las funciones de un reloj con capacidad de comunicación de dos vías; así como, un monitor de ritmo cardíaco, un podómetro y servicios de tecnología de localización. Para más información, llame a Servicios para los miembros.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Nuestro plan también cubre los siguientes servicios auditivos complementarios (p.ej., servicios de rutina):**	$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios auditivos - continuación	
• 1 examen de audición de rutina cada año.	$0 de copago por 1 examen de audición de rutina cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.	$0 de copago por 1 ajuste y evaluación de audífonos cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• 1 audífono no implantable por hasta $750 por cada año. Límite de 2 audífonos no implantables cada año. El beneficio incluye una garantía de 3 años que cubre la pérdida y los daños con un suministro de baterías para 2 años. Cualquier costo de audífonos que exceda el beneficio máximo anterior será su responsabilidad. Los audífonos adicionales no están cubiertos.	$0 de copago por 2 audífono(s) cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
Los servicios auditivos de rutina deben recibirse de un proveedor participante dentro de la red de proveedores para recibir el beneficio auditivo completo cubierto por el plan. Para obtener más información acerca de su proveedor de servicios auditivos, obtener la información de contacto y los beneficios que tiene, llame al Servicios para los miembros. **Nota:** La cobertura de los servicios auditivos de rutina es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni KanCare pagarán la parte que le corresponde a usted de los costos por estos servicios.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0 de copago por cada servicio de atención de la agencia de atención médica a domicilio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	$0 de copago por servicios profesionales de un proveedor de atención primaria (PCP), incluidos los servicios de enfermería, capacitación y educación, monitoreo remoto y servicios de monitoreo. $0 de copago por servicios profesionales de un especialista, incluidos los servicios de enfermería, de capacitación y educativos, la supervisión remota y servicios de supervisión. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar - continuación	Los equipos y suministros para infusión en el hogar están cubiertos a través del beneficio de Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la sección "Equipo médico duradero y suministros relacionados" para obtener información sobre los costos compartidos. Los medicamentos para infusión en el hogar están cubiertos a través del beneficio de Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para obtener información sobre los costos compartidos.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan. Podría aplicarse un costo compartido por los servicios médicos por los servicios de consulta de hospicio. Consulte la Sección "Servicios de médicos/profesionales" de esta tabla para obtener información sobre los costos compartidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si usted necesita servicios que no son de emergencia, servicios que no se necesitan con urgencia cubiertos por la Parte A o por la Parte B que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme al plan de Original Medicare **Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención en un hospicio - continuación relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19. Para otras vacunas cubiertas por Medicare (si usted está en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare), consulte la sección de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare que se encuentra en esta tabla para saber cuál es el costo compartido aplicable.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Inmunizaciones - continuación También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para los miembros de más de 19 años.	*Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa para estar cubiertos.*
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Usted tiene cobertura para 90 días de hospitalizaciones cubiertas por Medicare para pacientes internados. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Los días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros se encuentran en un hospital por más días que el número de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que se pueden utilizar a lo largo de su vida. Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare).La hoja de datos se encuentra disponible en internet en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted tiene cobertura durante 90 días por admisión en el caso de estadías cubiertas por Medicare. Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los pacientes internados que reciben servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica en un hospital general. Si ha utilizado parte del beneficio de 190 días de por vida de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, solo tendrá derecho a recibir el resto de los días que le quedan de por vida.	Para admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía de salud mental. Días de reserva de por vida $0 de copago por día. Días de reserva de por vida son días adicionales que el plan pagará cuando los miembros estén en un hospital por más de la cantidad de días cubiertos por el plan. Los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden utilizar durante su vida. *Puede requerirse una autorización previa.* Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención	Los servicios mencionados seguirán estando cubiertos con los montos de costo compartido que se muestran

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta - continuación de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • 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 protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	en la tabla de beneficios para el servicio específico.
Comidas **Comidas para después de los cuidados agudos** • En el caso de los miembros que han sido dados de alta de un centro hospitalario para pacientes internos, el plan proporcionará un máximo de 3 comidas al día durante 14 días para un total de 42 comidas sin costo para usted. Los servicios deben solicitarse en un plazo de 45 días a partir de la fecha de alta de su estadía como paciente internado. Sujeto a disponibilidad, usted puede elegir recibir comidas frescas congeladas, comidas refrigeradas o batidos nutricionales. Usted puede elegir recibir una combinación	$0 de copago por cada comida o batido médicamente necesarias para después de los cuidados agudos cubierto por el plan.* *Puede requerirse una remisión.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Comidas - continuación de comidas y batidos dentro del límite total de su beneficio.	
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	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 lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®(nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento	Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. Es posible que la farmacia deba enviar reclamaciones tanto a nuestro plan como a KanCare para que usted reciba los medicamentos de la Parte B con los costos compartidos que se muestran a continuación. **Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare** $0 de copago por medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a lo que sea menor entre el 25% o un límite de copago de $35 por un suministro de insulina para un mes. *Puede requerirse una autorización previa.* **Otros medicamentos de la Parte B de Medicare** $0 de copago por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se usan como 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 • Medicamentos calcimimétricos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease,	**Medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare** $0 de copago por medicamentos para quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare - continuación ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Methoxy polyethyleneglycol-epoetin beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Este enlace, le dirigirá hacia una lista de medicamentos de la Parte B que podrían estar sujetos al tratamiento escalonado: go.wellcare.com/KSStepTherapy. También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que usted debe seguir para que se cubran 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.	
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 está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de	$0 de copago por cada servicio de programa de tratamiento para opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento para opioides - continuación tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	*Puede requerirse una autorización previa.*
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Radiografías	$0 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros de los técnicos	$0 de copago por servicios de terapia radiológica cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes	$0 de copago por suministros médicos cubiertos por

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación	
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones	Medicare, incluyendo yesos y entablillados. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Análisis de laboratorio	$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.	$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.
• Pruebas diagnósticas que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (CT), imagen por resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de salud las ordena para tratar un problema médico.	$0 de copago por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos	$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	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 internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Para más información, consulte la hoja de datos de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)*. La hoja de datos figura en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	$0 de copago por cada consulta de servicios de observación cubierta por Medicare.
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	Usted paga los montos de costo compartido que se muestran en la Tabla de beneficios médicos para el servicio específico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. • Servicios prestados por un psiquiatra	$0 de copago por cada consulta de terapia individual

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes externos - continuación	
	cubierta por Medicare con un psiquiatra. $0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de la salud mental. $0 de copago por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con otros proveedores de atención de la salud mental. *Puede requerirse una autorización previa.*
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 son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta ocupacional	$0 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados por un terapeuta del habla y del lenguaje	$0 de copago por cada consulta de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios para el tratamiento por el trastorno por el consumo de sustancias, como las sesiones de terapia individual y grupal proporcionadas por un médico, un psicólogo clínico, un trabajador social, un especialista en enfermería, un asistente médico u otro profesional o programa calificado según Medicare o autorizado según las leyes estatales aplicables.	$0 de copago por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. $0 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - continuación	*Puede requerirse una autorización previa.*
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.	
• Servicios prestados en un hospital para pacientes externos	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes externos. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio	$0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar	$0 de copago por día, por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos - continuación y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento/terapia de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 de copago por día, por cada servicio intensivo para pacientes externos cubierto por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento para pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación	$0 de copago por cada consulta en el consultorio de un PCP cubierta por Medicare. Consulte “Cirugía para pacientes externos” en esta tabla para conocer los montos de costo compartido aplicables por consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
• Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	$0 de copago por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Otros profesionales de la salud	$0 de copago por cada consulta con otros profesionales de la salud. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico	$0 de copago por servicios auditivos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Ciertos servicios de telesalud, entre ellos: Los servicios de urgencia, los servicios de atención médica a domicilio, médico de atención primaria, terapia ocupacional, especialista, sesiones individuales y grupales para la salud mental, servicios de podiatría, otros servicios de atención médica profesional, sesiones individuales y grupales de servicios de terapia psiquiátrica, de fisioterapia y de servicios de patología del habla y el lenguaje, sesiones individuales y grupales para el abuso de sustancias para pacientes externos y de capacitación para el autocontrol de la diabetes. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Una consulta virtual (también denominada consulta de telesalud o de telemedicina) es una consulta con un	$0 de copago por consultas virtuales que proporciona(n) el (los) proveedor(es) de consultas virtuales de su plan. **Tenga en cuenta lo siguiente:** El $0 de copago mencionado antes solamente se aplica cuando los servicios se reciben de parte del (de los) proveedor(es) de consultas virtuales del plan. Si recibe servicios en persona o de telemedicina de un proveedor de la red y no de proveedor(es) de consultas virtuales, usted pagará los costos compartidos que figuran para esos proveedores, según se describe en esta tabla de beneficios (por ejemplo, si recibe servicios de

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
médico, por teléfono o por internet, usando un teléfono inteligente, una tableta o una computadora. Ciertos tipos de consultas pueden requerir internet y un dispositivo equipado con cámara. ○ Nuestro plan ofrece acceso a consultas virtuales durante las 24 horas a día, los 7 días de la semana a médicos certificados por la junta y que forman parte de la red de consultas virtuales para ayudarle a abordar una amplia variedad de preguntas/inquietudes relacionadas con la salud. Los servicios cubiertos incluyen atención médica general, salud conductual, dermatología y más. Para obtener más información, o para encontrar un proveedor de la red de consultas virtuales, llame a Servicios para los miembros. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal, para los miembros 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 un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental **si**:	telesalud de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), pagará el costo compartido que corresponde al PCP).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación ○ Usted tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente	
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).
• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: ○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico” más arriba).
• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en “Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación	
	consultorio del médico" más arriba).
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios del proveedor (según se describe en "Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico" más arriba). Además de los costos compartidos mencionados anteriormente, habrá un copago y/o coseguro para los servicios cubiertos por Medicare que son médicamente necesarios para el equipo médico duradero y los suministros, los dispositivos protésicos y los suministros, las pruebas de diagnóstico para pacientes externos y los servicios terapéuticos, los anteojos y lentes de contacto para después de una cirugía de cataratas., medicamentos con receta de la Parte D y medicamentos con receta de la Parte B, como se describen en esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • 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	$0 de copago por servicios de podiatría cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.*
Los servicios adicionales cubiertos incluyen: • Atención complementaria (no cubierta por Medicare) para el cuidado de los pies (podiatría) por consultas ilimitadas cada año calendario. **Nota:** La cobertura de servicios de podiatría complementarios (no cubiertos por Medicare) es un beneficio complementario que ofrece el plan. Ni Medicare ni KanCare pagarán la parte del costo que le corresponde a usted por estos servicios.	$0 de copago por cada consulta complementaria de podiatría (no cubierta por Medicare).* *Puede requerirse una autorización previa.*
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted está en un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si usted recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por la administración del medicamento. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluyendo evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y cumplimiento farmacológico) cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH - continuación • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez.	
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:	
• Tacto rectal	$0 de copago por cada tacto rectal anual cubierto por Medicare.
• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan una función o una parte del cuerpo de manera parcial o total. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla.	$0 de copago por dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago por suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con los dispositivos protésicos. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y una orden para recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	$0 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)	
Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la consulta de toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una, y si usted cumple con una de las siguientes condiciones: • Usted está en riesgo elevado porque usa o ha usado medicamentos inyectables ilícitos. • Usted tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, pagamos una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en alto riesgo (por ejemplo, usted ha seguido usando medicamentos inyectables ilícitos desde su última prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, STI) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita el proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se requieren coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida	$0 de copago por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.
• 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 está disponible temporalmente o está fuera del alcance)	$0 de copago por tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para pacientes externos.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital como paciente internado para recibir atención especial)	Consulte "Atención hospitalaria para pacientes internados" para conocer cuáles son los costos compartidos aplicables a los tratamientos de diálisis para pacientes internados.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)	$0 de copago por capacitación para la autodiálisis cubierta por Medicare.
• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar	$0 de copago por suplementos para diálisis en el hogar cubiertos por Medicare. *Puede requerirse una autorización previa.* $0 de copago para los suministros de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales - continuación	*Puede requerirse una autorización previa.*
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados 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)	$0 de copago por servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	
(Para conocer la definición de atención en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF). Usted está cubierto por 100 días por admisión/por estadía. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluye dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluyen almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y de glóbulos rojos	Por admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: $0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100. *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación concentrados comienza solo con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos comenzando por la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente prestan los SNF • Uso de equipos, como sillas de ruedas, habitualmente provistos por los SNF • Servicios de médicos o de profesionales de la salud Generalmente, su atención en centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) la obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y pacientes hospitalizados que reúnen estos requisitos: • Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente recibiendo hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Plataforma de apoyo social Nuestro plan ofrece una plataforma de apoyo social en línea para ayudar a apoyar su bienestar general. La plataforma ofrece actividades de participación comunitaria y terapéuticas, y recursos patrocinados por el plan para ayudarle a manejar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita participar y mantenerse involucrado con el fin de ayudarle a manejar sus necesidades de salud conductual. Está disponible en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana para que la use cuando así lo desee. La plataforma de apoyo social incluye: • Programas de bienestar individualizados: Acceda a los programas personalizados autoguiados, de 4 semanas de duración, diseñados para mejorar el bienestar físico y emocional, que incorporan información proporcionada por expertos en envejecimiento saludable para apoyar específicamente a los miembros. Siga los programas a su propio ritmo y realice un seguimiento de su progreso para monitorear las mejoras en su salud.	$0 de copago por la plataforma de apoyo social.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Plataforma de apoyo social - continuación • Apoyo de pares y expertos: Conéctese con una comunidad en línea en un espacio moderado en el que puede interactuar con pares y expertos en salud calificados. Obtenga acceso a artículos revisados clínicamente y reciba recomendaciones personalizadas para servicios de Wellcare adicionales basados en sus interacciones y necesidades identificadas. • Herramientas de salud digitales personalizadas: Participe en actividades interactivas, meditaciones y juegos basados en la terapia cognitivo-conductual, la atención plena (mindfulness) y la psicología positiva. Estas herramientas abordan temas como el envejecimiento saludable, la gestión del aislamiento, el cuidado, el duelo, la búsqueda de un propósito en el envejecimiento, entre otros. Los miembros pueden acceder a la plataforma iniciando sesión en su portal de miembros go.wellcare.com/member o llamando Servicios para los miembros. Después de registrarse, puede acceder directamente a la plataforma en cualquier momento desde una computadora, tableta o teléfono inteligente.	
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si usted reúne los requisitos para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Usted debe reunir con ciertos criterios, incluso tener un diagnóstico activo de una o más de las afecciones que califican para ello. La afección debe poner en peligro la vida o limitar significativamente la salud general o la función de la persona. Además, usted debe necesitar administración de cuidados intensivos y correr un alto riesgo de hospitalización no planificada. Las afecciones crónicas que reúnen los requisitos incluyen: Trastornos autoinmunes (incluye artritis reumatoide (enfermedad ósea)); cáncer; trastornos cardiovasculares	No hay coseguro, copago ni deducible para recibir los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - continuación (incluye hipertensión); trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD); insuficiencia cardíaca crónica; Trastornos pulmonares crónicos; afecciones mentales crónicas e incapacitantes; enfermedad gastrointestinal crónica (incluye trastornos gastrointestinales crónicos); enfermedad renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD); afecciones con desafíos funcionales (incluye enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)), enfermedad hepática en etapa terminal, osteoporosis (enfermedad ósea), osteoartritis; afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento (incluye distrofia muscular); afecciones asociadas con deterioro cognitivo (incluye síndrome de Down); demencia; diabetes mellitus; VIH/SIDA; endometriosis; trastornos neurológicos; trastornos hematológicos graves; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico (incluye hiperlipidemia/dislipidemia); trasplante de órganos; accidente cerebrovascular Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad. La elegibilidad para los beneficios que se indican a continuación se determina después de que usted se haya inscrito en nuestro plan. **Si es elegible, tiene la opción de utilizar su asignación de Wellcare Spendables® para los beneficios adicionales que se enumeran a continuación. Una vez que se determine que cumple los requisitos, estos beneficios ampliados estarán disponibles en un plazo de 7 a 10 días hábiles. Su asignación mensual se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan. Consulte el beneficio de Wellcare Spendables® de esta tabla para obtener más información.** • **Pago de gasolina en la bomba de combustible** Puede utilizar su tarjeta para pagar el combustible directamente en la bomba de combustible. La tarjeta no se puede utilizar para pagar en persona en la caja	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - continuación registradora. Solamente puede utilizar la tarjeta para cargar gasolina hasta el monto de la asignación disponible. • **Alimentos saludables:** Puede utilizar su tarjeta para comprar alimentos y verduras saludables en las tiendas minoristas participantes. Es posible que estén disponibles opciones de entrega para artículos de abarrotes seleccionados. Se pueden hacer pedidos de comidas preparadas y prefabricadas a través del portal en línea. La tarjeta no se puede utilizar para comprar tabaco ni alcohol. Los artículos aprobados incluyen: ○ Carne y aves ○ Frutas y verduras ○ Bebidas nutricionales Use su escáner de código de barras en la aplicación para buscar artículos aprobados en tiendas minoristas, inicie sesión en su portal de miembros o consulte su catálogo. • **Artículos de seguridad y mejora del hogar** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con los costos de artículos de seguridad y mejoras del hogar, incluyendo los servicios de instalación de productos elegibles. Inicie sesión en su portal para miembros o comuníquese con nosotros para comprar artículos aceptados y ver cuáles son los servicios elegibles. Los artículos y servicios aprobados incluyen: ○ Barras de agarre o manijas para puertas y revestimientos antideslizantes para el suelo. ○ Sillas de seguridad y ayudas para la adaptación del baño	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - continuación ○ Aire acondicionado portátil y productos para la calidad del aire ○ Suministros para el control de plagas e insectos y tratamientos en el hogar • **Asistencia para el alquiler** Puede utilizar su tarjeta como ayuda con el pago del costo del alquiler de su casa. Inicie sesión en el portal de su proveedor de alquiler/hipoteca para pagar o pague directamente a su proveedor de alquiler donde se aceptan pagos con tarjeta. Solamente puede utilizar la tarjeta hasta el monto de asignación disponible. La tarjeta no puede utilizarse para establecer transacciones recurrentes automatizadas. • **Asistencia para los servicios públicos** Puede utilizar su tarjeta para ayudar con el pago del costo del alquiler de su casa. Inicie sesión directamente en el portal de su proveedor de servicios públicos y pague con su tarjeta. La tarjeta no puede utilizarse para establecer transacciones recurrentes automatizadas. Solamente puede utilizar la tarjeta hasta el monto de asignación disponible. Los gastos aprobados para este beneficio incluyen: ○ Servicios de electricidad, gas, recolección de basura y agua ○ Servicios de telefonía fija y móvil ○ Servicio de internet ○ Servicio de televisión por cable (excluidos los servicios de streaming)	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - continuación ○ Determinados gastos en derivados del petróleo, como el combustible para calefacción doméstica	
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$0 de copago por cada consulta de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.
Servicios de transporte (adicional de rutina) <u>Transporte médico que no es de emergencia:</u>	$0 de copago por viaje.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de transporte (adicional de rutina) - continuación Nuestro plan cubre un total de 12 viajes de transporte terrestre de un tramo que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Este beneficio le ayuda a obtener la atención y los servicios que necesita. Puede obtener transporte a ubicaciones de atención médica, como sus médicos, especialistas. farmacias y dentista o proveedores de la vista. Los traslados (también llamados “viajes”) se limitan a 75 millas, de un tramo. Para reservar su traslado, llame al número de transporte que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o a través de la aplicación móvil. Para atención de rutina, llame con 1 mes de anticipación, como máximo, y 3 días, como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Los traslados incluyen taxis, automóviles, miniván para traslado en silla de ruedas y servicios de transporte compartido (como Uber o Lyft) para satisfacer sus necesidades de salud. Para estar cubierto por el plan, debe usar el beneficio para ir a los establecimientos de atención médica. Los viajes pueden tener varios miembros al mismo tiempo y pueden detenerse en ubicaciones distintas a su destino durante el trayecto. Asegúrese de mencionar cualquier necesidad adicional, como el uso de silla de ruedas, o preferencias, como necesitar tiempo adicional para llegar a su viaje, al hacer la reserva.	Se considera un viaje el traslado de un tramo en camioneta, servicios de transporte compartido, o taxi a un lugar relacionado con la salud. *Puede requerirse una autorización previa.*
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o	$0 de copago por consultas de servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios de atención de urgencia - continuación exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos están cubiertos.	$115 de copago por los servicios de urgencia fuera de Estados Unidos.* Usted paga este monto incluso si ingresa al hospital dentro de las 24 horas siguientes por la misma afección. Está cubierto por hasta $50,000 cada año por servicios de emergencia o de urgencia fuera de Estados Unidos.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.	$0 de copago por todos los demás exámenes de la vista para diagnosticar y tratar las enfermedades de los ojos. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con	$0 de copago por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación	
diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	$0 de copago por examen de retina cubierto por Medicare para miembros con diabetes o examen de la vista para personas con diabetes. *Puede requerirse una autorización previa.*
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir 2 anteojos después de la segunda operación.	$0 de copago para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare.
Además, nuestro plan cubre los siguientes servicios de atención de la vista complementarios (es decir, de rutina):	
• 1 examen de la vista de rutina cada año. El examen de la vista de rutina incluye una prueba de glaucoma para las personas con riesgo de padecerlo y un examen de retina para los diabéticos.	$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina cada año.* *Puede requerirse una autorización previa.*
• Sin límite de pares de anteojos con receta cada año hasta un beneficio máximo de $500 cada año. Los anteojos cubiertos incluyen cualquiera de los siguientes: ○ Anteojos (marcos y lentes) o ○ Solo lentes para anteojos o	$0 de copago por anteojos o lentes de contacto.* *Puede requerirse una autorización previa.*

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Atención de la vista - continuación ○ Solo marcos para anteojos o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos o ○ Actualizaciones en material óptico para corregir la vista **Nota:** El plan cubre la tarifa de ajuste de lentes de contacto. Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $500 cada año se aplica al costo minorista de marcos y/o lentes (incluida cualquier opción de lentes, como tintes y revestimientos). Usted es responsable de cualquier costo que supere el beneficio máximo para anteojos o lentes de contacto complementarios (por ejemplo, de rutina).* Los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare no están incluidos en el beneficio máximo complementario (por ejemplo, de rutina). Los miembros no pueden usar su beneficio complementario de anteojos o lentes de contacto para aumentar su cobertura de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare. **Nota:** Los servicios de rutina para la atención de la vista es un beneficio complementario ofrecido por el plan. Ni Medicare ni KanCare pagarán la parte que le corresponde a usted de los costos por estos servicios. Los servicios para la atención de la vista deben obtenerse a través de la red de atención de la vista del plan. Si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o para obtener más información, llame a Servicios para los miembros.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare - continuación y remisiones a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. • Electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare*.	$0 de copago por cada electrocardiograma cubierto por Medicare después del servicio preventivo *Bienvenido a Medicare.*
Wellcare Spendables® Usted recibirá **$153 mensualmente** precargados a su tarjeta Wellcare Spendables® para gastar en artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC), servicios dentales, de la vista y de la audición. • Su asignación mensual **se transfiere al mes siguiente si no se utiliza y vence al final del año del plan.** **La asignación de su tarjeta puede utilizarse para:** **Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC):** Artículos de Puede utilizar su tarjeta en tiendas minoristas participantes, por medio de la aplicación móvil o bien, iniciando sesión en su portal para miembros para hacer un pedido con entrega a domicilio. Los artículos cubiertos incluyen: • Artículos de marca y genéricos de venta libre • Vitaminas, analgésicos, artículos para el resfriado y las alergias, artículos para la diabetes • Use su escáner de código de barras en la aplicación para buscar artículos aprobados en tiendas minoristas, inicie sesión en su portal de miembros o consulte su catálogo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Wellcare Spendables®. No hay un requisito mínimo para compras realizadas en la tienda.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación **Nota:** En determinadas circunstancias, los equipos de diagnóstico y las ayudas para dejar de fumar están cubiertos por los beneficios médicos del plan. Usted debe (cuando sea posible) usar los beneficios médicos de nuestro plan antes de gastar su asignación de OTC para estos artículos. **Cobertura para servicios dentales, auditivos y de la vista** Servicios dentales, de la vista y de la audición: Usted puede utilizar su tarjeta para ayudar a reducir los gastos que paga de su bolsillo por servicios elegibles dentales, de la vista y de la audición. Esta tarjeta se puede usar para pagar directamente al proveedor de servicios dentales, de la vista o de la audición. • Todas las compras y transacciones deben realizarse en el consultorio o centro médico de un proveedor. • La asignación no puede utilizarse para servicios cosméticos o estéticos, óxido nitroso, sedación intravenosa, blanqueamiento dental o blanqueamiento. **Su tarjeta puede utilizarse para lo siguiente:** **Dental** Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio dental de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables. • Exámenes orales • Radiografías dentales • Otros servicios dentales de diagnóstico • Profilaxis (Limpieza) • Tratamiento con fluoruro • Otros servicios dentales preventivos • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, removible • Prostodoncia, fija • Cirugía oral y maxilofacial • Servicios generales complementarios **Vista** Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio de la	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación vista de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables. • Examen de la vista de rutina • Lentes de contacto • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes para anteojos • Marcos para anteojos • Actualizaciones **Audición** Esta asignación no es un reemplazo de su beneficio auditivo de rutina. Debe utilizar el beneficio de nuestro plan antes de utilizar su asignación de Spendables . • Exámenes auditivos de rutina • Adaptación/evaluación de audífonos • Audífonos recetados (todos los tipos) **Los beneficios que se mencionan a continuación forman parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). No todos los miembros reunirán los requisitos. Debe cumplir los criterios de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.** **Si reúne los requisitos, la asignación mensual de su tarjeta también puede utilizarse para:** • Pago de gasolina en la bomba de combustible • Alimentos saludables • Asistencia y artículos de seguridad para el hogar • Artículos y servicios para el control de plagas • Asistencia para el alquiler • Asistencia para los servicios públicos Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) en esta tabla para obtener más información sobre estos beneficios. **Cómo usar su tarjeta:** 1. Active su tarjeta antes de usarla.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación 2. Acuda a un comercio minorista participante, inicie sesión en el enlace del portal que figura a continuación o bien, o descargar la aplicación móvil de Wellcare Spendables®. 3. Seleccione sus artículos/servicios aprobados. 4. En el comercio minorista, diríjase a la caja y pague con su tarjeta Wellcare Spendables®. Para pedidos en línea o a través de la aplicación móvil, inicie sesión para acceder y usar su beneficio. 5. Su tarjeta no es una tarjeta de crédito, pero puede ingresarla como "tarjeta de crédito" al pagar. Si se le solicita, ingrese el PIN que creó cuando activó su tarjeta. **Información adicional que debe saber:** • Una vez que haya alcanzado su asignación para gastos mensuales, usted es responsable de los costos restantes de sus compras. • Los artículos que se compren en la tienda pueden devolverse siguiendo las políticas de devolución e intercambio de productos del comercio minorista. • Si su tarjeta no está funcionando adecuadamente o bien, en caso de tener un problema técnico, comuníquese con nosotros al número que figura más adelante. • Wellcare no es responsable por tarjetas perdidas o robadas. • La tarjeta Wellcare Spendables® es para su uso personal únicamente, no puede venderse ni transferirse y no tiene valor en efectivo. • Algunos servicios de alquiler y servicios públicos podrían ser elegibles para un reembolso si el pago no se realiza correctamente. Contáctenos o envíe una solicitud de reembolso a través del portal para miembros para su revisión. Los reembolsos se deben presentar en un plazo no mayor a 120 días a partir de la fecha de transacción y debe hacerse dentro del mismo año del plan. • Podrían aplicarse limitaciones y restricciones, solamente están cubiertos los artículos aprobados. • Este no es un beneficio de KanCare.	

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Wellcare Spendables® - continuación **Para obtener más información acerca de la tarjeta Wellcare Spendables® o para solicitar un catálogo, llame a:** 1-844-796-6811. Los usuarios de TTY deben llamar al: 711. El horario de atención es: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. **También puede consultar en línea en:** go.wellcare.com/member.	

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera *del plan*

Los siguientes son servicios que no están cubiertos por Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) pero que están disponibles a través de KanCare. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de KanCare, llame al KanCare al 1-800-792-4884, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-792-4292. El horario de atención es: 8 a.m. a 5 p.m. (CT), de lunes a viernes.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera: mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda en determinadas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como 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; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cuotas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	Sin cobertura en ninguna situación
Servicios de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio	Sin cobertura en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Entrega de comidas a domicilio	Consulte el beneficio de 'comidas' en la Tabla de beneficios médicos para obtener más información. Consulte el beneficio de 'Alimentos saludables' (Healthy Food) en la sección SSBCI de la Tabla de beneficios médicos para más información
Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras	Sin cobertura en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	Sin cobertura en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	Sin cobertura en ninguna situación
Atención dental de rutina, como: • **Servicios de ortodoncia** • **Servicios de implantes** • **Prótesis maxilofacial**	Sin cobertura en ninguna situación Consulte el beneficio de Servicios de atención dental en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué atención dental de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	Sin cobertura en ninguna situación
Atención de la vista: Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Sin cobertura en ninguna situación
Atención de la vista: Exámenes de la vista de rutina, anteojos	Consulte el beneficio de Servicios de atención de la vista en la Tabla de beneficios médicos para conocer qué servicios de atención de la vista de rutina cubre su plan como parte de su paquete de beneficios.

CAPÍTULO 5:

Utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que usted califica para KanCare, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Puesto que usted está en el programa de Ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* acerca de los costos de los medicamentos de la Parte D, no aplique en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (*Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*)), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite su *Cláusula adicional LIS.* (Los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento).

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

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de KanCare para algunos medicamentos con receta.

Para saber más acerca de la cobertura para medicamentos de Medicaid comuníquese con KanCare para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de KanCare en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2) *o puede obtener sus medicamentos con receta 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 debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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 están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores* , visite nuestro sitio web (go.wellcare.com/2026providerdirectories), y/o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de farmacias y de proveedores* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usted utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia preferida o de la red, si hay alguna disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros llamando al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias y de proveedores* . También puede encontrar información en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana/tribal/del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2026providerdirectories o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se dispensan a través del servicio de pedido por correo son los que usted toma con regularidad, para una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **"NM"** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de **al menos 35 días del medicamento y no más de un suministro de 100 días.**

Su copago podría ser menor cuando utiliza el servicio de pedido por correo preferido del plan. Para obtener más detalles, consulte la tabla en el Capítulo 6, Secciones 5.4 y 5.2.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx. Si utiliza una farmacia de pedido por correo que no pertenece a la red del plan, su receta no se cubrirá.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedido por correo se le enviará en un plazo no mayor a 14 días. No obstante, a veces su receta para pedido por correo podría retrasarse. Para medicamentos a largo plazo que necesita de inmediato, pida a su médico dos recetas: una para un suministro de 30 días que se surtirá en una farmacia minorista participante, y otra para un suministro (de 35 a 100 días) a largo plazo que se surtirá por correo. Si tiene algún problema para surtir su suministro para 30 días en una farmacia minorista participante cuando se retrase su medicamento con receta correspondiente al pedido por correo, pídale a su farmacia minorista que llame a nuestro Centro de servicio para proveedores al 1-866-800-6111 (TTY: 1-888-816-5252), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, para recibir asistencia. Los miembros pueden llamar a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201, (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201, (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Para cancelar los envíos automáticos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Express Scripts® Pharmacy al 1-833-750-0201 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. O bien, inicie sesión en express-scripts.com/rx.

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

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 21 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nosotros llamando o a su farmacia de pedido por correo:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras 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 regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias y de proveedores* go.wellcare.com/2026providerdirectories le indica cuáles farmacias de nuestra red pueden darle suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

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

Viajes: Obtener cobertura cuando viaja o se encuentra fuera del área de servicio del plan.

- Si toma un medicamento con receta regularmente y va a viajar, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve consigo todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de nuestro servicio de farmacia de pedido por correo.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma, o pierde o se le acaban sus medicamentos con receta, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- También puede llamar a Servicios para los miembros para averiguar si hay una farmacia de la red en la zona a la que viaja.
- No podemos pagar ninguna receta que se surta en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios, ni siquiera en caso de emergencia médica.

Emergencia médica: ¿Qué ocurre si necesito un medicamento con receta debido a una emergencia médica o porque necesité atención urgente?

- Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si los medicamentos están relacionados con la atención de urgencia o la emergencia médica. En esta situación, tendrá que pagar el costo total (en lugar de pagar solo su copago) cuando obtenga la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo presentando un formulario de reclamación. Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red cobró por su receta. Para saber cómo presentar una reclamación de reembolso, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Situaciones adicionales: En otras ocasiones usted puede obtener cobertura para su medicamento con receta si acude a una farmacia fuera de la red.

- Cubriremos su medicamento con receta en una farmacia fuera de la red si se aplica al menos uno de los siguientes casos:
  - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que ofrezcan servicio las 24 horas.
  - Si está intentando surtir un medicamento con receta que no se encuentra habitualmente en una farmacia minorista o de pedido por correo accesibles de la red (incluidos los medicamentos de alto costo y los medicamentos únicos).
  - Si va a recibir una vacuna que es médicamente necesaria, pero sin cobertura de la Parte B de Medicare y se administra en el consultorio de su médico.
  - Si obtiene un medicamento con receta de una farmacia perteneciente a una institución mientras usted es un paciente en una clínica de cirugía para pacientes externos u otro entrono para pacientes externos.
- Para todas las situaciones mencionadas anteriormente, podría recibir un suministro de medicamentos con receta de hasta 30 días. Además, es probable que tenga que pagar el cargo de la farmacia fuera de la red por el medicamento y presentar la documentación para recibir el reembolso de nuestro plan. Asegúrese de incluir una explicación de la situación por la que usó una farmacia fuera de nuestra red. Esto ayudará con el procesamiento de su solicitud de reembolso.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no lo que normalmente le corresponde del costo) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemosla parte que nos corresponde pagar. (El Sección 2 del Capítulo 7 incluye información acerca de cómo puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

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

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para saber más acerca de la cobertura para medicamentos de Medicaid comuníquese con KanCare para determinar qué cobertura para medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de KanCare en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

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

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

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

Medicamentos que no están en nuestra 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 está en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).
- Los medicamentos con receta cubiertos por KanCare no están en la Lista de medicamentos. Comuníquese con KanCare para determinar la cobertura para medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de KanCare en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos. Usted paga lo que sea menor de 22% o $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Usted no paga más de lo que resulte menos de 25% o $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 (Medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel más alto de costo compartido.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de costo compartido más bajo.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se incluye en el Capítulo 6.

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (go.wellcare.com/KS). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan (go.wellcare.com/KS) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción**. Podríamos estar o no estar de acuerdo con eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la autorización del plan a partir de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/pa-select.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el Medicamento A cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado.** Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web go.wellcare.com/st-select.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

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

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que la parte que le corresponde de los costos sea más alta de lo que usted cree que debería ser.

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

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

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

- **Si usted es un miembro nuevo,** nosotros cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros
90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días en una farmacia minorista o bien, un suministro de 31 días en una farmacia de atención a largo plazo. Si su receta es para menos días,

permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo de 30 días de medicamento en una farmacia minorista, o un suministro de 31 días de medicamento en una farmacia de atención a largo plazo. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

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

- **Para aquellos miembros que presentan un cambio en su nivel de atención (como en el caso de una transferencia desde un centro de atención a largo plazo u hospital o hacia este) y que necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubrimos un suministro para 30 días, o menos si su receta se escribe para menos días (en cuyo caso permitiremos que realice surtidos múltiples para proporcionar un suministro del medicamento por hasta un total de 30 días).

En caso de tener preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido

establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se administre en forma inmediata y justa.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le explica lo que tiene que hacer. También le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate en forma inmediata y justa.

Los medicamentos in nuestro Nivel 5 (medicamentos especializados) no son eligibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido de los medicamentos en este nivel.

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

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

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura para 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 regularmente. A veces recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
  - Podríamos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos una nueva versión genérica o nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o que estamos cambiando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios o bien le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

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

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

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

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.

- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con algún medicamento que usted está tomando (excepto por 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 el uso que usted le da ni la parte que le corresponde a usted del costo sino hasta el 1 de enero del próximo año.

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por KanCare, debe pagarlo usted.

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare ni por Medicaid. No obstante, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos para usted a través de su cobertura para medicamentos de KanCare. Comuníquese con KanCare para determinar la cobertura para medicamentos que podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de KanCare en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan, (que se puede encontrar 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 por la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre 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 todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia, o usa 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 utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias y de proveedores* en go.wellcare.com/2026providerdirectories para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para más información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede 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 del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría 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 nuestro plan incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque puede necesitar estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su plan de jubilados o empleador o al empleador o sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

- Posibles errores en los medicamentos

- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque 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 se toman al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que toman
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

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

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Requerir que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepinas con receta de determinada(s) persona(s) autorizada(s) para dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con

respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los 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 médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

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

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada 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, notifíquelo y retiraremos su participación. Si

tiene preguntas acerca de este programa, comuníquese a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 usted paga por los medicamentos de la Parte D

Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos, por ley, de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o por la Parte B o de Medicaid.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) para buscar la cobertura de un medicamento (go.wellcare.com/KS), el costo que observa muestra un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos

Dado que usted califica para KanCare, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Puesto que participa en el programa de Ayuda adicional, **cierta información en esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a 1-844-796-6811 al (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la LIS Rider.

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

Hay 3 diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D que se le podría pedir que pague:

- **Deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **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 acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

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

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos que hayan hecho familiares o amigos.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de parte del empleador o del sindicado, Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, programas de asistencia con medicamentos para VIH, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

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

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

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de descuentos del fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

Registro de los costos que usted paga de su bolsillo

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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte el Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de nuestro plan

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos a través de nuestro plan La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

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

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

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto corresponde a cuánto pagó usted. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud del sindicato o empleador, el Servicio de salud para la población india estadounidense, 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).
- **Total de costos de los medicamentos:** esto corresponde al total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Aquí se incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre 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 nombre de usted.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto 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.** Esta información muestra el precio total del medicamento y la información sobre cambios en el precio desde el primer surtido de cada reclamación de medicamento con receta por la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta**. Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros hayan realizado 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, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **En vez de recibir por correo una copia en papel *de la Explicación de beneficios de la Parte D (Parte D de la EOB)*, ahora tiene la opción de recibir una versión electrónica de su *EOB de la Parte D*.** Puede solicitarla visitando https://www.express-scripts.com/. Si elige esta opción, recibirá un correo electrónico cuando *su eEOB de la Parte D* esté disponible para consultar, imprimir o descargar. Las *EOB de la Parte D* electrónicas también se conocen como copias digitales de las *EOB de la Parte D*. Las *EOB de la Parte D* digitales son copias exactas (imágenes) de las *EOB de la Parte D* impresas. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto separado (*Cláusula adicional LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Pagará un deducible anual de $615 en medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados). **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados)** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las cuotas por dispensación en el caso de los medicamentos con precios negociados por el Medicare Drug Price Negotiation Program (Programa de Medicare para la negociación de precios de medicamentos).

Una vez que pague $615 por sus medicamentos Nivel 2 (medicamentos genéricos), Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y Nivel 5 (medicamentos especializados), usted 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 de dónde obtiene los medicamentos con receta

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

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Cada medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 2 (Medicamentos genéricos) incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida) incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos. Usted paga lo que sea menor de 22% o $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos. Usted no paga más de lo que resulte menos de 25% o $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 (Medicamentos especializados) incluye medicamentos de alto costo, tanto de marca como genéricos. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior. Este es el nivel más alto de costo compartido.
- Nivel 6 (Medicamentos para cuidados selectos) incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas). Este es el nivel de costo compartido más bajo.

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

Sus opciones de farmacias

Cuánto paga usted por un medicamento depende de que lo adquiera a través de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de nuestro plan *Directorio de farmacias y de proveedores en* go.wellcare.com/2026providerdirectories.

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

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

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

En ocasiones, el costo del medicamento es inferior al copago. En estos casos, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento, en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles); (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$19	$18	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$19	$19

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles); (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	$20	$19	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$20	$20
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida - incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	22%	22%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	22%	22%

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles); (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	$100	$100	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$100	$100

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles); (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados - incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	25%	25%	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	25%	25%

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de pedido por correo preferido (un suministro para hasta 34 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles); (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para cuidados selectos - incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	$0	$0	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	No está cubierto un suministro para un mes (34 días o menos) de una receta de pedido por correo.	$0	$0

Usted no pagará más de lo que resulte menos de 22% en farmacias preferidas, 22% en farmacias estándar o $35 por un suministro para un mes de cada uno de los productos de insulina cubiertos de Nivel 3, incluso si no ha pagado su deducible.

Usted no pagará más de lo que resulte menos de 25% o $35 por un suministro para un mes de cada uno de los productos de insulina cubiertos de Nivel 4, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

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

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que obtenga en lugar del mes completo. Calculamos el monto 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 por un suministro *a largo plazo* (suministro para 61- 100 días) de un medicamento de la Parte D cubierto

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 61-100 días.

La parte que le corresponde del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* (61- 100) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (61-100 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos - incluye medicamentos genéricos preferidos y podría incluir algunos medicamentos de marca).	$57	$54	$57	$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos - incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca).	$60	$57	$60	$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferida - incluye medicamentos de marca preferida y podría incluir algunos medicamentos genéricos).	22%	22%	22%	22%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (61-100 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-100 días)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos - incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos).	$300	$300	$300	$200
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados - incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Los medicamentos de este nivel no son elegibles para excepciones de pago en un nivel inferior).	**No hay un suministro a largo plazo para medicamentos de Nivel 5.**			

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para 61-100 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (61-100 días)	**Costo compartido de pedido por correo preferido** (suministro para 61-100 días)
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos para cuidados selectos - incluye algunos medicamentos genéricos y de marca comúnmente usados para tratar afecciones crónicas específicas o para prevenir enfermedades (vacunas)).	$0	$0	$0	$0

Usted no pagará más de lo que sea menor de 22% en farmacias minoristas preferidas, 22% en farmacias minoristas estándar o $70 por un suministro para hasta 2 meses o lo que sea menor de 22% en farmacias minoristas preferidas, 22% en farmacias minoristas estándar o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto de Nivel 3, incluso si no ha pagado su deducible.

Usted no pagará más de lo que sea menor de 22% en farmacias de pedido por correo preferidas, 22% en farmacias de pedido por correo estándar o $70 por un suministro para hasta 2 meses o lo que sea menor de 22% en farmacias de pedido por correo preferidas, 22% en farmacias de pedido por correo estándar o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto de Nivel 3, incluso si no ha pagado su deducible.

Usted no pagará lo que sea menor de 25% o $70 por un suministro para hasta 2 meses o lo que sea menor de 25% o $105 por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto de Nivel 4, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

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

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

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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

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

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

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 factores:

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

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

- Cuando obtenga la vacuna, puede pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

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

Situación 2: Usted recibe la administración de la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.

- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de todas las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier coseguro O copago por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

NOTA: Es posible que no podamos reembolsarle el costo total que pagó en el consultorio del médico o en la farmacia si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado (lo que normalmente pagamos) por las vacunas de la Parte D.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos;. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o por los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolverle el dinero a menudo se le denomina **reembolsarle**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted ha pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos lo correspondiente a los servicios o medicamentos.

También podría haber veces en las que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de lo que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

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

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

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted paga el monto 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 realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más que su parte del costo por el servicio, le determinaremos cuánto debía y reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar a nuestro plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde pagar del costo.

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le rembolsemos la

parte que nos corresponde del costo. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Si se está inscrito de manera retroactiva en nuestro plan porque era elegible para KanCare.

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicaid son inscritas automáticamente en nuestro plan para obtener su cobertura de medicamentos con receta. Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva.

(Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos correspondelos costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida un reembolso.
- Usted debe solicitar el pago de sus gastos que paga de su bolsillo (no de cualquier gasto pagado por otro asegurador).
    - El plan podría no pagar los medicamentos que no se encuentran en nuestra lista de medicamentos. Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Puede pedirnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 365 días (en el caso de reclamaciones médicas) y en un plazo de tres años (en el caso de reclamaciones de medicamentos)** 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, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Para los Reembolsos de los miembros, tenemos formularios de reclamaciones

disponibles a través del portal web. Aunque recomendamos enfáticamente que nuestros miembros utilicen el formulario para asegurarse de que se presente toda la documentación, no es necesario que lo hagan. También pueden presentar una copia de la factura sin el formulario. De cualquier manera, deben incluir la información del proveedor, las fechas del servicio, los códigos de terminología actual de procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) cuando corresponda, los códigos o descripciones de los diagnósticos, y los montos facturados, junto con todos los registros médicos de los que dispongan y, si es necesario, una breve descripción del motivo por el que han necesitado atención. El miembro también debe presentar el comprobante de pago al mismo tiempo que presenta la reclamación. Son comprobantes de pago válidos los estados de cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito, o una copia del cheque cancelado.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (go.wellcare.com/KS) o llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida uno.

Para servicios médicos, envíenos su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Para los medicamentos con receta de la Parte D, envíenos por correo su solicitud de pago, junto con las facturas o recibos pagados, a esta dirección:

Dirección de solicitud de pago de la Parte D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo.

Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

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

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

A nuestro plan se le exige que todos los servicios, tanto los clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, entre ellos español y en audio, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si los necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solamente pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos 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 a un especialista en la salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros. También puede

presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que preste y organice los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

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

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

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *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 la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a las 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 investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

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

Como miembro de nuestro plan , usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY llaman a 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Puede solicitar Servicios para los miembros más información sobre los proveedores de nuestra red, incluyendo sus cualificaciones, estudios de medicina, residencia completada y certificación médica. Tanto Servicios para los miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y los proveedores de nuestra red. Esta información se puede encontrar en nuestro sitio web en go.wellcare.com/2026providerdirectories.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Nota:** Nuestro plan no recompensa médicos, proveedores, o empleados que realizan revisiones de utilización, incluidas las de entidades delegadas. La toma de decisiones sobre la administración de la utilización (Utilization Management, UM) se basa solo en la idoneidad de la atención médica y el servicio, y en la existencia de cobertura. Además, el plan no recompensa específicamente a los profesionales ni a otras personas por denegar cobertura. Los incentivos financieros para los responsables de la toma de decisiones de UM no fomentan decisiones que dan lugar a subutilización.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

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

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

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

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

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

Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas**. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Llenar las instrucciones anticipadas es decisión de usted (entre ello, si desea firmarlas si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no las instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Kansas Department for Aging and Disability Services.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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

Sección 1.7 Usted tiene derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestra política de derechos y responsabilidades de los miembros

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los derechos y responsabilidades, o bien, si tiene sugerencias para mejorar nuestra política de derechos de los miembros, comparta con nosotros sus comentarios comunicándose con Servicios para los miembros.

Sección 1.8 Evaluación de nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías incluyen los procedimientos, los medicamentos, los productos biológicos o los dispositivos que se hayan desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas, o son aplicaciones nuevas de procedimientos, medicamentos, productos biológicos y dispositivos que ya existían. Nuestro plan sigue, cuando así corresponda, lo establecido por las Determinaciones de cobertura local y nacional de Medicare.

En la ausencia de una determinación de cobertura de Medicare, nuestro plan evalúa la nueva tecnología o las nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión en los planes de beneficios correspondientes con el fin de asegurar que los miembros tengan acceso a la atención médica segura y eficaz al llevar a cabo una valoración crítica de la literatura médica publicada actual de publicaciones revisadas por colegas, incluyendo las revisiones sistemáticas, los ensayos controlados aleatorizados, los estudios con cohortes, los estudios de control de casos, los estudios de pruebas de diagnóstico con resultados estadísticamente significativos que demuestren la seguridad y eficacia, así como la revisión de evidencia que se base en las pautas desarrolladas por organizaciones nacionales y autoridades reconocidas. Nuestro plan también toma en cuenta las opiniones, recomendaciones y evaluaciones realizadas por médicos practicantes, asociaciones médicas reconocidas a nivel nacional, incluyendo las sociedades de especialidades médicas, los paneles de consenso u otras organizaciones de investigación y de evaluación de tecnología con reconocimiento a nivel nacional, los informes y publicaciones de agencias gubernamentales (por ejemplo, la Administración de Alimentos y

Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), los Centros para el Control de las Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) y los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH)).

Sección 1.9 Si considera que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si considera que no se lo 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. Tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración de su dignidad.

Si considera que se le ha tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-860-5260.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.10 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-860-5260.
- **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 derechos como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
  Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan y su tarjeta de KanCare cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda. Usted tiene la responsabilidad de entender sus problemas de salud y ayudar a establecer las metas de tratamiento que usted y su médico acuerden.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Respecto de la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**

- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar su problema depende de 2 factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de KanCare, o ambos, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tenga:
    - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
    - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

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

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

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

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar 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 damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de KanCare

	KanCare: información de contacto
Llame al	1-800-792-4884 8 a.m. a 5 p.m. (CT), de lunes a viernes
TTY	1-800-792-4292 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
Escriba a	Department of Health & Environment, Centers for Medicare and Medicaid Services P.O. Box 3599 Topeka, KS 66601-9738

	KanCare: información de contacto
Sitio web	https://www.kancare.ks.gov/

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de KanCare, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de KanCare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por KanCare, entonces debe utilizar el proceso de KanCare. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de KanCare, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los procesos de Medicare y de KanCare se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de KanCare?

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **KanCare**.

Consulte la **Sección 12, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de KanCare.**

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11**, **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico 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, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

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 5.1 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros

y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)* (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/KS)

- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico o alguna persona autorizada a emitir recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en go.wellcare.com/KS). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

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

- **Sección 6**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

- **Sección 7**: medicamentos de la Parte D Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 9**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos por su atención

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización.**

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario en el caso de todos los demás artículos y servicios o bien, de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Usted obtiene una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría ocasionar daño a su salud o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

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

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

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
- Explique que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede 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 las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que usted solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B , le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B .
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

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

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podríamos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted y/o su médico deberá(n) decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar 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 a 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. Ejemplos de una causa justificada pueden

incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y podríamos comunicarnos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibimos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

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

Sección 6.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

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 que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca 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 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba 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 su solicitud es para 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 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba 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 su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas** tenemos

24 horas a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
  - Explica la decisión.
  - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted está solicitando alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 10 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido por atención médica

Si usted ya pagó por un servicio o artículo de KanCare cubierto por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero (le **rembolse**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más

tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos Capítulo 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 usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos *de nuestro plan.* **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

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

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al Formulario.**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al Formulario.**

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

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a medicamentos de Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminamos una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del medicamento.
    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (Nivel de medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

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

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

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

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

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

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectar su salud de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que usaremos los plazos estándar.
  - Explique que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - Le indique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas a partir de 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 cobertura para la atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *formulario* de *Solicitud de determinación de cobertura modelo de*

los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web en go.wellcare.com/KScoveragedeterminations.El Capítulo 2 incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestra la reclamación denegada que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante puede hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 5 de este capítulo 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 corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo postal, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

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

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de 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 médico. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

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

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

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

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

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

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse 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, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY llaman: 711)**. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web go.wellcare.com/KScoveragedeterminations. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar 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 a 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. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que hemos aceptado proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 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 le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso 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** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca de su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para

medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.

- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicios para

los miembros a 1-844-796-6811 al (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.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en sitio web www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), para obtener asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos))* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, 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 (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo**, usted puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar para el mediodía del día después en que se comunique con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta (Detailed Notice of Discharge)** llamando a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 bien, puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital les dio.
- Antes del mediodía del día después en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, ellos indican que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

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: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar 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 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
    - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.

- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.

2. **Se le pedirá que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de 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 aparece 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 proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les da nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos comunican sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura,* donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole su servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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 de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

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: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. El Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará 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 primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.*** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no.***
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado apelaciones de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de** apelaciones rápidas) **o hacer el pago antes de 30 días calendario** después de que obtengamos la decisión.
- **Si el juez administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no*.**

- Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse 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 Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? O bien, ¿a nuestro departamento de Servicios para los miembros o cualquier otro miembro del personal en nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que tomemos *una decisión de cobertura rápida* o que respondamos una *apelación rápida*, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no 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 no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar su queja. A esto lo denominamos Procedimiento de reclamo.** Para presentar una queja, o si tiene preguntas sobre este procedimiento, llame a Servicios para los miembros. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o en *Quejas sobre los medicamentos de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Si solicita una respuesta por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo) o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
    - Tiene que presentar su queja en un plazo de 60 días calendario después del evento. O bien, puede enviarnos por correo una solicitud por escrito a la dirección que se indica en *Quejas sobre la atención médica* o *Quejas sobre los medicamentos de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento.
    - Le notificaremos nuestra resolución con respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo por hasta 14 días si solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es para su conveniencia.
    - En determinados casos, usted tiene derecho a solicitar una revisión rápida de su queja. Esto se denomina Procedimiento de reclamo acelerado. Usted tiene derecho a una

revisión rápida de su queja si no está de acuerdo con nuestra decisión en las siguientes situaciones:

- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D.
- Rechazamos su solicitud de revisión rápida de una solicitud de atención médica o de medicamentos de la Parte D rechazados.
- Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.
- Decidimos que se necesita más tiempo para revisar su solicitud de atención médica.

- Puede presentar este tipo de queja por teléfono llamando a Servicios para los miembros. También puede presentarnos la queja por escrito a la dirección que se indica en Quejas sobre la atención médica o *Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D* en el Capítulo 2 de este documento. Una vez que recibamos el reclamo acelerado, un profesional clínico revisará el caso para determinar los motivos por los que se rechazó su solicitud de revisión rápida o si la extensión del caso era adecuada. Le notificaremos la decisión del caso rápido verbalmente y por escrito en un plazo de 24 horas después de que recibamos su queja.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con sus beneficios de KanCare

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de KanCare

Si usted considera que indebidamente se la negado algún servicio o pago por un servicio cubierto por KanCare, tiene derecho de apelar nuestra decisión a KanCare.

Nuestro plan le proporcionará asistencia ayudándole a localizar los formularios si fuera necesario. Para otra asistencia como revisar su beneficio de KanCare y/o abordar preguntas sobre quejas, quejas y/o apelaciones, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto se puede encontrar en el Capítulo 2, Sección 6.

Para presentar un reclamo (queja) o apelación acerca de un servicio de KanCare, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid. La información de contacto se puede encontrar en el Capítulo 2, Sección 6.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brinda información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y los medicamentos con receta y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en nuestro plan porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare puede cancelar su membresía durante ciertos momentos del año.
Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o bien
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos

o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-792-4884, los usuarios de TTY, deben llamar al 1-800-792-4292 para saber más sobre las opciones de plan de Medicaid.
- Existen otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de 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.
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y permanece sin una 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para personas que se inscriben por primera vez en un plan de MA, desde el mes en que comience a tener derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes contado a partir del momento en que comenzó a tener este derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando usted se muda
- Si tiene KanCare
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura para sus 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 (Long-Term Care, LTC)

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás solo sea elegible para determinados Períodos de inscripción especial. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según sea su situación.

Para averiguar 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 de entre lo siguiente:

- 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.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura de medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

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

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame aServicios para los miembros al *1-844-796-6811* (Los usuarios de TTY deben llamar al *711*)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2026***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea.** Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) se cancelará cuando empiece su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y además permanece sin una 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de KanCare, llame a 1-800-792-4884, TTY 1-800-792-4292, 8 a.m. a 5 p.m. (CT), de lunes a viernes. Puede consultar cómo se vería afectada la forma en que recibe su cobertura de KanCare si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y KanCare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Debemos cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para KanCare. Como indica la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y KanCare. Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará después de 6 meses. Sin embargo, durante este período, el plan Medicare Advantage no se responsabiliza de la cobertura de ningún beneficio KanCare que pudiera estar incluido en su plan estatal de Medicaid. Recibirá un aviso de nuestra parte informándole sobre el fin de su membresía y sus opciones. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para los miembros.
    - El período de supuesta elegibilidad continua del plan es de 6 meses. El período de supuesta elegibilidad continua comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que pierde el estado de persona con necesidades especiales.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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 es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos .
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (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

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por algún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si usted considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la 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 de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan de salud cumple con las Leyes Federales de Derechos Civiles. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes 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 de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los miembros 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), *nuestro plan*, 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 Recuperación de beneficios pagados por nuestro plan en virtud de su plan Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)

Cuando sufre una lesión

Si alguna vez sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección como consecuencia de las acciones de otra persona, de una empresa o de usted mismo (“parte responsable”), nuestro plan le proporcionará beneficios por los servicios cubiertos que reciba. Sin embargo, si recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a su lesión, enfermedad o afección, ya sea a través de un acuerdo, sentencia o cualquier otro pago asociado a su lesión, enfermedad o afección, nuestro plan y/o los proveedores de tratamiento conservan el derecho a recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya prestado a través de este plan de acuerdo con la legislación estatal aplicable.

En esta disposición, el término “parte responsable” hace referencia a cualquier persona o entidad que sea real o potencialmente responsable de su lesión, enfermedad o afección. El término parte responsable incluye a la aseguradora de responsabilidad civil o de otro tipo de la persona o entidad responsable.

Algunos ejemplos de cómo podría sufrir una lesión, enfermarse o desarrollar una afección como consecuencia de las acciones de una parte responsable incluyen, entre otros:

- Tiene un accidente automovilístico;
- Se resbala y cae en una tienda; o
- Está expuesto a una sustancia química peligrosa en el trabajo.

El derecho de recuperación de nuestro plan se aplica a todos y cada uno de los montos que reciba de la parte responsable, incluidos, entre otros:

- Pagos realizados por un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero;
- Cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente;

- Protección contra daños personales, sin culpa o cualquier otra cobertura de seguro individual (sobre la propiedad/persona del asegurado);
- Compensación laboral o liquidación o indemnización por incapacidad;
- Cobertura de pagos médicos en virtud de cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro para propietarios de vivienda o de instalaciones o cobertura sombrilla;
- Cualquier acuerdo o sentencia recibidos de una demanda u otra acción legal; o
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones u omisiones de la parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted acepta que nuestro plan tiene un derecho de subrogación y reembolso de primera prioridad que se aplica cuando este plan ha pagado beneficios por servicios cubiertos que usted recibió debido a las acciones u omisiones de una parte responsable, y usted o su representante recupera, o tiene derecho a recuperar, cualquier monto de una parte responsable.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también (i) cede a nuestro plan su derecho a recuperar gastos médicos de cualquier cobertura disponible hasta el costo total de todos los servicios cubiertos prestados por el plan en relación con su lesión, enfermedad o afección, y (ii) acepta indicar específicamente a la parte responsable que le reembolse directamente al plan en su nombre.

Al aceptar beneficios en virtud de este plan, usted también otorga a nuestro plan un derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación y todo reembolso por el costo total de los beneficios correspondientes a servicios cubiertos pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección debido a las acciones u omisiones de una parte responsable. Esta prioridad se aplica independientemente de que los montos se identifiquen específicamente como una recuperación de gastos médicos e independientemente de que se le indemnice o compense plena o totalmente por su pérdida. Nuestro plan puede recuperar el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan sin tener en cuenta cualquier reclamación de culpa por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo. No podrán deducirse honorarios de abogados de la recuperación de nuestro plan, y nuestro plan no está obligado a pagar ni a contribuir al pago de costos judiciales ni de honorarios de abogados correspondientes al abogado contratado para llevar adelante la reclamación o demanda contra cualquier parte responsable.

Medidas que debe tomar

Si sufre una lesión, se enferma o desarrolla una afección a causa de una parte responsable, usted debe cooperar con nuestro plan y/o con los esfuerzos del proveedor de tratamiento para recuperar sus gastos, lo que incluye:

- Comunicar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el nombre y la dirección de la parte responsable y/o de su abogado, si los conoce; el nombre y la dirección de su abogado; si recurre a un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros implicada; y una descripción de cómo se produjo la lesión, enfermedad o afección.

- Completar cualquier documentación que nuestro plan o el proveedor de tratamiento puedan requerir razonablemente para ayudar a aplicar el derecho de recuperación o retención.
- Responder con prontitud a las preguntas de nuestro plan o del proveedor de tratamiento sobre el estado del caso o la reclamación y sobre cualquier conversación relacionada con un acuerdo.
- Notificar a nuestro plan inmediatamente después de que usted o su abogado reciban cualquier suma de dinero de la(s) parte(s) responsable(s) o de cualquier otra fuente.
- Pagar el derecho de retención por atención médica o el monto de recuperación del plan de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, incluido el pago de todo reembolso adeudado a nuestro plan por el costo total de los beneficios pagados en virtud del plan que estén relacionados con su lesión, enfermedad o afección causada, por una parte, responsable, independientemente de que se identifique específicamente como recuperación por gastos médicos e independientemente de que se le restablezca o compense plena o totalmente por su pérdida;
- No hacer nada que perjudique los derechos de nuestro plan según se establece anteriormente. Esto incluye, sin limitación, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación el costo total de todos los beneficios pagados por el plan o cualquier intento de negar a nuestro plan su derecho de recuperación o de retención de primera prioridad.
- Conservar cualquier suma de dinero que usted o su abogado reciban de la(s) parte(s) responsable(s), o de cualquier otra fuente, en depósito, y reembolsar a nuestro plan o al proveedor de tratamiento, según corresponda, el monto de la recuperación adeudada al plan tan pronto como se le pague a usted y antes del pago de cualquier otro posible titular de derecho de retención o tercero que reclame un derecho de recuperación
- Se requiere que usted coopere con nosotros en lo que respecta a procurar obtener dichas recuperaciones o pagos excesivos.

SECCIÓN 5 Tarjeta de miembro

Una tarjeta de miembro expedida por nuestro plan que figura en esta *Evidencia de cobertura* es solamente con fines de identificación. La posesión de una tarjeta de miembro no confiere ningún derecho a servicios que se mencionan en esta *Evidencia de cobertura*. Para tener derecho a los servicios o beneficios que se mencionan en esta *Evidencia de Cobertura* , el tenedor de la tarjeta debe reunir los requisitos para cobertura y estar inscrito como miembro de *Evidencia de Cobertura*. Cualquier persona que recibe servicios a los que no tiene derecho según esta *Evidencia de Cobertura*, será responsable del pago de esos servicios. Un miembro debe presentar la tarjeta de miembro, no una tarjeta de Medicare, al momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-796-6811 (los usuarios de TTY deben llamar a: 711) si necesita que se reemplace su tarjeta de miembro.

Nota: Cualquier miembro que permita conscientemente el abuso o mal uso de la tarjeta de membresía podrá ver cancelada su membresía por justa causa. Nuestro plan está obligado a informar a la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General) sobre una expulsión que resulte del abuso o mal uso de la tarjeta de membresía, lo que podría derivar en un proceso penal.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

La relación entre nuestro plan y cada proveedor participante es una relación de contratista independiente. Los proveedores participantes no son empleados ni agentes de nuestro plan; además, ni nuestro plan, ni ningún empleado de nuestro plan, es empleado o agente de un proveedor participante. En ningún caso nuestro plan será responsable de la negligencia, el acto ilícito o la omisión de cualquier proveedor de atención médica participante o de otro tipo. Los médicos participantes, y no nuestro plan, mantienen la relación médico-paciente con el miembro. Nuestro plan no es un proveedor de atención médica.

SECCIÓN 7 Fraude al plan de salud

El fraude al plan de salud se define como un engaño o una tergiversación al plan por parte de un proveedor, un miembro, un empleador o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito que puede ser procesado legalmente. Cualquier persona que participe deliberadamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudar al plan de salud, por ejemplo, presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude al plan de salud.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de Explicación de beneficios, o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame gratis a la Línea directa contra el fraude de nuestro plan al 1-866-685-8664 (TTY: 711). La Línea directa contra el fraude funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

SECCIÓN 8 Circunstancias ajenas al plan

En la medida en que circunstancias tales como una catástrofe natural, una guerra, un motín, una insurrección civil, una epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, una explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, la incapacidad de personal importante del grupo médico, un estado de emergencia u otros acontecimientos similares que no estén bajo el control de nuestro plan causen que las instalaciones o el personal de nuestro plan no estén disponibles para proporcionar o disponer de los servicios o beneficios en virtud de esta *Evidencia de cobertura*, la obligación del plan de proporcionar dichos servicios o beneficios se limitará al requerimiento de que nuestro plan haga un esfuerzo de buena fe para proporcionar o disponer de dichos servicios o beneficios dentro de la disponibilidad actual de sus instalaciones o personal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y los hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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 o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar: es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un que un plan exige cuando se recibe un específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni preparación profesional, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca desi los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, pero limitados a los dispositivos para brazos, espalda, y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos

necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como los suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza 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, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el monto límite que paga de su bolsillo.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupo médico: una asociación de médicos, incluidos médicos PCP y especialistas, y otros proveedores de atención médica, incluidos hospitales, que tienen contrato con un plan para brindar servicios a los miembros. Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1.

"Herramienta de beneficios en tiempo real": un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para las personas inscritas. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y Estado que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la

misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento de la Parte A cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto límite que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que usted paga por primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que paga de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se

espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción abierta: el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado: D-SNP que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se denominan personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece 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 inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los DSNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

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

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Punto de servicio: el plan HMO con una opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS) es un beneficio adicional que cubre ciertos servicios médicamente necesarios que puede obtener de proveedores fuera de la red que aceptan Medicare. Cuando usa su beneficio de POS (fuera de la red), usted es responsable de una mayor parte del costo de la atención. Siempre hable con su Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP nos notificará solicitando la aprobación del plan (autorización previa). (Consulte el Capítulo 1, Sección 1.1).

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Remisión: una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no consiste en una emergencia; se trata un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o cuando no es razonable dados el momento, el lugar y las circunstancias, que usted obtenga este servicio a través de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y las lesiones imprevistas o bien, las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina con proveedores (como los exámenes anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios

preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la influenza y mamografías de diagnóstico).

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

Tarjeta Wellcare Spendables®: una tarjeta de débito, precargada por el plan, que se puede utilizar para pagar los artículos según se describe en la Tabla de beneficios médicos.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco.

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP) Servicios para los miembros

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llame al	1-844-796-6811 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de octubre a 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept. Fuera del horario regular, fines de semana y feriados federales, del 1 de abril al 30 de sept., el sistema automático atenderá su llamada. Deje mensaje de voz, con nombre y teléfono para que el equipo le llame en 1 día hábil. Servicios para los miembros 1-844-796-6811 (TTY: 711) con servicio gratis de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Llamadas gratis. Los representantes están lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de octubre al 31 de marzo, y lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; 1 de abril a 30 de sept.
Escriba a	Wellcare PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Sitio web	go.wellcare.com/KS

Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK)
Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) programa estatal con fondos del gobierno federal para asesorar de seguros médicos, de forma local y gratuita, a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-860-5260 1-800-432-3535
TTY	711 1-785-291-3167
Escriba a	Kansas Department for Aging and Disability Services Central Office 503 S. Kansas Ave Topeka, KS 66603
Sitio web	https://www.kdads.ks.gov/services-programs/aging/medicare-programs/senior-health-insurance-counseling-for-kansas-shick

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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.*