



Evidencia de Cobertura de 2025

Providence Medicare Advantage Dual Plus (HMO D-SNP)

Este documento es para los miembros en: **los condados de Clackamas, Multnomah, y Washington en Oregon.**

Gracias por elegir Providence Medicare Advantage Plans. Nos alegramos de tenerlo como miembro. Este documento está lleno de información útil sobre la cobertura, los beneficios y los recursos de su plan sobre cómo puede aprovechar al máximo su plan de salud.

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar.

- + **Visítenos en [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.providencehealthassurance.com)**
- + **Llámenos al 503-574-8000 (línea gratuita: 1-800-603-2340), de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana**
- + **¿Utiliza un dispositivo TTY por discapacidad auditiva? Llame gratis al 711**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con nuestro Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), es ofrecido por Providence Health Assurance. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita y ruso. Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos CD de audio, tamaño de letra grande y braille.

Los beneficios, el deducible, los copagos y/o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

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

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

H9047_2025PD_PHA856_C

Índice**Evidencia de cobertura de 2025****Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al cliente).....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	24
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad.....	26
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Oregon Health Plan (Medicaid).....	28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	32
SECCIÓN 10 Puede obtener asistencia de Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (ADRC).....	32
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	34
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica.....	36
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	43

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	44
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	46
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	47
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>		49
SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos	50
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto	51
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)?	126
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	127
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>		133
SECCIÓN 1	Introducción	135
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	136
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	139
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	141
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	143
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	145
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	147
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	149
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	149
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos	151
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	154
SECCIÓN 12	Información de beneficios adicionales.....	155
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>.....		157
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		159
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	160

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	162
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	163
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	165
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	166
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	175
CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	177
SECCIÓN 1	Introducción	178
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	179
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	180
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	180
SECCIÓN 5	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	181
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	184
SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	193
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto	202
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	207
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	211
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	214
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid).....	217
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	221
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan	222
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	222
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	226
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan.....	227

Índice

SECCIÓN 5	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	227
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	230
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	231
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	231
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	231
SECCIÓN 4	Aviso sobre circunstancias inusuales.....	232
SECCIÓN 5	Responsabilidad de terceros.....	232
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	234

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), que es un plan de Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y por Oregon Health Plan (Medicaid):

- **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).
- **Oregon Health Plan (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 Oregon Health Plan (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Oregon Health Plan (Medicaid) que tenga. Algunas personas que tienen Oregon Health Plan (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). También está inscrito de forma separada en Oregon Health Plan (Medicaid), ya sea de forma directa o a través de una Organización de atención coordinada. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), que significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid).

Dado que usted tiene la cobertura de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) y de Oregon Health Plan (Medicaid), no tendrá costos que pague de su bolsillo para la mayoría de los servicios. Oregon Health Plan (Medicaid) pagará su deducible. Oregon Health Plan (Medicaid) pagará el costo compartido para la mayoría de los miembros por la mayoría de los servicios. Antes de recibir servicios o pagar costos de su bolsillo, consulte a Oregon Health Plan (Medicaid) o a la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) para asegurarse de que el servicio esté cubierto. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se hace referencia al costo compartido como \$0, ya que esto es lo que pagaría en la mayoría de las circunstancias. Oregon Health Plan (Medicaid) también le proporciona otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, atención a largo plazo y medicamentos con receta que usualmente no están cubiertos con Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Providence Medicare Dual

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Plus (HMO D-SNP) ayudará a administrar todos estos beneficios por usted para que reciba los servicios de atención médica y asistencia con el pago a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro administra Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Oregon para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos con receta.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio al cliente de nuestro plan.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- Reúna los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). (Oregon Health Plan (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 Medicare y para los beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en el plazo de un mes, seguirá siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considere de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es Oregon Health Plan (Medicaid)?

Oregon Health Plan (Medicaid) es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos,

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

quién reúne los requisitos, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Oregon Health Plan (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a la gente que tiene ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) para personas que también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos con beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Ayuda para pagar las primas de la Parte B para personas que también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) y el costo compartido para los beneficios que Oregon Health Plan (Medicaid) cubriría normalmente.

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)
--------------------	--

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Oregon: Clackamas, Multnomah y Washington.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al cliente para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal
--------------------	--

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) si no puede seguir siendo

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

miembro por este motivo. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



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

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores actuales de la red. Se indican los proveedores participantes que también aceptan Oregon Health Plan (Medicaid). Para los servicios de Oregon Health Plan (Medicaid) que no están cubiertos por Medicare, verifique que su proveedor participe en su Organización de atención coordinada (Coordinated Care Organization, CCO) o en Oregon Health Plan (Medicaid). Su CCO le proporciona un directorio de proveedores. Si no está inscrito en una CCO o si desea ayuda para buscar un doctor u otro proveedor de atención médica, llame a Servicio al cliente de OHP al 1-800-273-0557 (TTY 711).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

También es importante que sepa cuáles proveedores participan en Oregon Health Plan (Medicaid). Los proveedores tienen que estar inscritos en Oregon Health Plan (Medicaid) para que se pueda realizar correctamente el procesamiento de los deducibles y costos compartidos de Medicare.

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

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia (en formato electrónico o impreso) a través de Servicio al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. Las solicitudes de directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos de los medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar cuáles medicamentos están cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).

El plan, con la colaboración de un equipo de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary) o llamar a Servicio al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare
--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2, para reunir los requisitos para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Oregon Health Plan (Medicaid), además de tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), Oregon Health Plan (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica de forma automática para esa parte) y su prima de la Parte B.

Si Oregon Health Plan (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Dado que reúne los requisitos de elegibilidad de forma doble, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica a su caso siempre que mantenga su condición de elegibilidad doble, pero si pierde esa condición, podría incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. 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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE, o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se afilia, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría la misma cantidad que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, tendrá en cuenta el número de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que haya reunido los requisitos para inscribirse. O tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si estuvo 63 días o más sin cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, la cantidad promedio de la prima es de \$34.70. Esta cantidad puede cambiar para 2025.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.858. Y se redondea en \$4.90. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Segundo, **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.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

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

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

Sección 4.4	Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso
--------------------	--

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar su prima mensual del plan durante el año?

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

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

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

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

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

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

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Oregon Health Plan (Medicaid)).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicio al cliente.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

También debe comunicarse con el Servicio al cliente de Oregon Health Plan (Medicaid) o con su asistente social y notificarles cualquiera de estos cambios. Puede encontrar los números de teléfono de Oregon Health Plan (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicio al cliente. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio al cliente)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicio al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio al cliente de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicio al cliente: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. El Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-8608
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica y/o medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-6464 o 1-800-989-7479
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-8646 o 1-800-249-7714
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Método	Apelaciones sobre la atención médica y/o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre la atención médica y/o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-8757 o 1-800-396-4778
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica y/o los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica y/o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-8757 o 1-800-396-4778
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Solo podemos reembolsar los servicios cubiertos por Medicare, no los servicios cubiertos por Medicaid. Si se aprueba su solicitud de reembolso, el pago que le hagamos solo cubrirá la cantidad permitida por Medicare (lo que normalmente pagaríamos a un proveedor por el servicio) y no la porción que cubriría Medicaid, como el coseguro y los deducibles de Medicare. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al cliente llamando al número que figura en el cuadro de Solicitud de pago de abajo.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Solicitudes de pago: información de contacto	
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.	
FAX	Para reclamos médicos 503-574-8627	Para reclamos sobre medicamentos de la Parte D 503-574-8646
ESCRIBA A	Para reclamos médicos Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Para reclamos sobre medicamentos de la Parte D Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com	

Cómo ponerse en contacto con los administradores de beneficios

Algunos servicios están gestionados por otros administradores de beneficios. A continuación, encontrará una lista de administradores de beneficios, los servicios que gestionan y su información de contacto. Si necesita más ayuda, el Servicio al cliente de Providence le ayudará con gusto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Beneficio	Información de contacto del administrador
Diagnóstico por imagen	<p><u>Carelon Medical Benefits Management</u></p> <p>Para acceder al Servicio al cliente de diagnóstico por imagen, así como a los reclamos sobre diagnósticos por imagen y a los beneficios predeterminados:</p> <p>LLAME AL: 1-800-920-1250</p> <p>TTY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.</p> <p>SITIO WEB: www.carelon.com</p>
Acondicionamiento físico	<p><u>Optum: One Pass</u></p> <p>Un programa de acondicionamiento físico a disposición de los afiliados para acceder a gimnasios, clases de acondicionamiento físico en línea, otras actividades de acondicionamiento físico y un programa de salud cerebral para estimular la mente.</p> <p>LLAME AL: 1-877-504-6830 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m., hora central (cerrado los fines de semana)</p> <p>TTY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.</p> <p>SITIO WEB: www.youronepass.com</p>
Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)	<p><u>Connect America</u></p> <p>Un Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) le permite acceder a ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de emergencia. Llame al número que figura a continuación para inscribirse.</p> <p>LLAME AL: 1-877-909-4882</p>
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	<p><u>Convey</u></p> <p>Para solicitar una copia de su catálogo, puede llamar por teléfono o visitar el sitio web que se indica a continuación.</p> <p>LLAME AL: 1-855-858-5937. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. (EST).</p> <p>SITIO WEB: www.ConveyBenefits.com</p>
Transporte	<p><u>Kaizen Health</u></p> <p>Para solicitar servicios de transporte que no sean de médicos, llame al número que figura a continuación.</p> <p>LLAME AL: 1-844-556-3730</p>
Dejar de fumar	<p><u>Quit for Life</u></p> <p>Cubrimos el programa telefónico “Quit for Life”, incluidos los suministros del programa, como la terapia de sustitución de la nicotina. ¿Preparado para 12 meses de ayuda? Llame al número que figura a continuación para solicitar ayuda.</p> <p>LLAME AL: 1-866-784-8454</p>

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 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.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, doctores, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool): Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder): Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA).

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en “SHIP Locator” [Localizador del SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Oregon SHIP): información de contacto
LLAME AL	1-800-722-4134
TTY	711
ESCRIBA A	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Correo electrónico: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
SITIO WEB	www.shiba.oregon.gov

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Oregon, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health.

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

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

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Oregón): información de contacto
LLAME AL	1-888-305-6759 (gratuito) Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos: de 11:00 a. m. a 4:00 p. m. También puede dejar un mensaje al número gratuito durante las 24 horas, los siete días de la semana.
FAX	1-844-878-7921 (gratuito)
TTY	711
ESCRIBA A	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Oregon Health Plan (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. Usted está cubierto por Medicare y por Oregon Health Plan (Medicaid).

- **Beneficiario calificado de Medicare con beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) (QMB+):** Ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) para personas que también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos con beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) (SLMB+):** Ayuda para pagar las primas de la Parte B para personas que también reúnen los requisitos para los beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) y el costo compartido para los beneficios que Oregon Health Plan (Medicaid) cubriría normalmente.

Providence Health Assurance presta servicios a los miembros de Oregon Health Plan (Medicaid) en el marco de la Organización de atención coordinada, Health Share of Oregon. Nuestro plan cubre beneficios de salud física sujetos a limitaciones en la Lista priorizada de servicios humanos. Para obtener más información, visite www.healthshareoregon.org o llame a nuestro departamento de Servicio al cliente.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Oregon Health Plan (Medicaid), comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid).

Método	Oregon Health Plan (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-800-273-0557 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.
TTY	711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Oregon Health Plan (Medicaid): información de contacto
ESCRIBA A	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
SITIO WEB	www.oregon.gov/oha/healthplan

La Defensoría del Gobernador (Governor's Advocacy Office, GAO) del Departamento de Servicios Humanos de Oregón ayuda a las personas que están inscritas en Oregon Health Plan (Medicaid) con los problemas que puedan tener con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante el plan.

Método	Defensoría del Gobernador (GAO) del Departamento de Servicios Humanos de Oregón: información de contacto
LLAME AL	1-800-442-5238 o 503-945-6904 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 Correo electrónico: gao.info@odhs.oregon.gov
SITIO WEB	www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx

El Defensor de atención a largo plazo de Oregón (Oregon Long-Term Care Ombudsman) ayuda a las personas a obtener información sobre centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familias.

Método	Defensor de atención a largo plazo de Oregón: información de contacto
LLAME AL	1-800-522-2602 o 503-378-6533 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D, St NE Salem, OR 97301 Correo electrónico: ltco.info@rights.oregon.gov
SITIO WEB	www.oltco.org/

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Dado que es elegible para Oregon Health Plan (Medicaid), reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta y obtendrá esa ayuda. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre “Ayuda adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Oregon Health Plan (Medicaid) de su estado. (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- Si considera que se le está cobrando la cantidad de costo compartido equivocada, comuníquese con Servicio al cliente. Podemos confirmar su cobertura actual y si la “Ayuda adicional” se está aplicando o no de manera correcta a sus beneficios. Si no está de acuerdo con nuestras conclusiones, podemos pedirle que presente uno de los siguientes documentos para verificar su subsidio por bajos ingresos:
 - Una copia de su tarjeta de Oregon Health Plan (Medicaid) que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme la condición activa de Oregon Health Plan (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónico estatal que demuestre la condición de Oregon Health Plan (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una captura de pantalla impresa del sistema de Oregon Health Plan (Medicaid) estatal que demuestre la condición durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Otra documentación provista por el estado que demuestre la condición de Oregon Health Plan (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta del Seguro Social en la que conste que recibe ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI).
- Tras recibir uno de los documentos mencionados, actualizaremos su información en un plazo de 72 horas para que usted pueda recoger sus medicamentos con receta al nuevo costo. Si no puede presentar uno de los documentos mencionados arriba, pero aun así cree que reúne los requisitos para “Ayuda adicional”, Servicio al cliente puede indicarle cómo proceder.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como una cantidad que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al cliente.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Oregon, CAREAssist.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique al encargado de inscripción local 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 CAREAssist al 971-673-0144 o 1-800-805-2313 (TTY 711).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicio al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

SECCIÓN 10 Puede obtener asistencia de Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (ADRC)

En Oregon, comuníquese con Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (Aging and Disability Resource Connection of Oregon, ADRC) al 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372), www.adrcforegon.org.

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- Los **proveedores** son los doctores y otros profesionales de la salud autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, 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 consulta con un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - No necesita una remisión de su PCP para consultar a un especialista de la red, ni para recibir servicios de atención de urgencia o de emergencia. No obstante, es posible que su PCP quiera recomendarle un especialista de la red adecuado para su afección y proporcionarle la atención médica de seguimiento que necesite. Para coordinar la atención, se recomienda que notifique a su PCP cuando desee consultar a un especialista de la red.
- **Reciba su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. El plan debe dar la autorización antes de que busque atención médica. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un doctor fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

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

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

¿Qué es un PCP?

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

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

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

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

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

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

¿Cómo elige su PCP?

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

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

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

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

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la remisión de su PCP?
--------------------	---

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19 y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que exigen la atención médica inmediata pero que no son emergencias, siempre y cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio del plan, o bien si, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red que tienen contratos con el plan. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. No obstante, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible provisoriamente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicio al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera.
- Servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias. Póngase en contacto con Servicio al cliente para obtener detalles.
- Exámenes oculares de rutina y equipo de visión de rutina. Puede obtener su examen ocular de rutina y el equipo de cualquier proveedor calificado que acepte Medicare. Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
- Póngase en contacto con su PCP para que le recomiende un especialista para sus necesidades de atención médica.

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

El especialista es un doctor que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

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

Los servicios como cirugías programadas, hospitalizaciones y atención de enfermería especializada deben ser aprobados por Providence Health Assurance antes de la fecha del servicio. Asimismo, las autorizaciones para ver a proveedores fuera de la red deben ser aprobadas por Providence Health Assurance antes de que usted reciba atención. Su PCP es

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

responsable de obtener la aprobación de Providence Health Assurance para lo anterior. Para obtener más información, póngase en contacto con el Servicio al cliente.

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

Para saber qué servicios requieren autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su doctor o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud mental deja de participar en el plan y usted ha sido atendido por ese proveedor en los últimos tres años, se lo notificaremos.
 - Si cualquier otro proveedor deja de participar en el plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si lo atiende en la actualidad o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que lo siga atendiendo.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan.
- Le informaremos sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de la red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas. Tenga en cuenta que las normas de autorización previa pueden seguir aplicándose en este caso.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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

- Atención de emergencia o de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores del área no estén disponibles temporalmente. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Vacunas contra la gripe o la neumonía.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Examen ocular de rutina y lentes y accesorios para la vista de rutina. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. El plan debe dar la autorización antes de que busque atención médica. Su proveedor es responsable de solicitar la autorización antes de prestarle los servicios. Si se recibe la autorización, usted pagará lo mismo que si recibiera la atención de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?**

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

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

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

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

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

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

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que exige la atención médica inmediata pero que no está cubierto como una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra provisoriamente fuera del área de servicio del plan, o bien si, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no es razonable que reciba este servicio de proveedores de la red que tienen contratos con el plan. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. No obstante, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible provisoriamente.

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

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

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

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

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

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) solo podemos reembolsar los servicios cubiertos por Medicare, no los servicios cubiertos por Medicaid. Si se aprueba su solicitud de reembolso, el pago que le hagamos solo cubrirá la cantidad permitida por Medicare (lo que normalmente pagaríamos a un proveedor por el servicio) y no la porción que cubriría Medicaid, como el coseguro y los deducibles de Medicare.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	Lo que debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan
--------------------	---

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de estos.

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

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Como miembro con elegibilidad doble (porque tiene tanto Medicare como Oregon Health Plan (Medicaid)), algunos beneficios que no están cubiertos por Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) podrían estar cubiertos por sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). Consulte la sección "Resumen de servicios cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid)" de su Resumen de beneficios para ver su cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid) y acceder a más información. Antes de pagar, asegúrese de consultar con Oregon Health Plan (Medicaid).

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado un ensayo clínico) es una manera que tienen los doctores y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre este y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (National Coverage Determinations, NCD) que exigen la cobertura con desarrollo de evidencia (Coverage with Evidence Development, CED) y en las exenciones de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemptions, IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

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

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

Sección 5.2 **Cuando participa en un estudio de investigación clínica,
¿quién paga cada cosa?**

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

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

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación se encuentra disponible en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero**Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?**

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), sin embargo, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Para obtener más información, llame a Servicios domiciliarios de Providence.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Providence Medicare Dual Plus (HMO 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 deja Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

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

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios. Póngase en contacto con el Servicio al cliente para obtener información sobre las exclusiones o limitaciones que no figuran en esta *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos
--

Para los miembros de Oregon Health Plan (Medicaid) en el paquete de beneficios “OHP con medicamentos limitados”, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid). Comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) o con su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) para obtener más información. Los miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) que estén inscritos en Health Share/Providence a través de Oregon Health Plan (Medicaid) no tendrán costos que paguen de su bolsillo para ningún servicio médico cubierto por Medicare. De todas formas, se siguen aplicando cantidades de costo compartido para medicamentos con receta.

Como obtiene asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre que siga las normas de los planes para recibir su atención. (Para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir su atención, consulte el Capítulo 3).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid), muy pocos alcanzan la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage, hay un límite en cuanto a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina cantidad máxima que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket Amount, MOOP) por servicios médicos. Para el año 2025, esta cantidad será de \$9,350.

Las cantidades que usted paga por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima que paga de su bolsillo. Las cantidades que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Si llega a la cantidad máxima que paga de su bolsillo de \$9,350, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Oregon Health Plan (Medicaid) o un tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que cubre Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no podrá solicitar autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso aunque el tratamiento sea para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Ya sea que quiera aumentar su nivel de actividad, reducir el estrés, mejorar sus hábitos alimentarios, perder peso, dejar de fumar o simplemente sentirse mejor, un orientador de salud de Providence lo puede ayudar. Nuestros orientadores de salud profesionales pueden ayudar a eliminar obstáculos, motivarlo cuando necesite ajustar el rumbo y ser un recurso en su proceso para alcanzar el bienestar. Su beneficio incluye hasta 12 sesiones telefónicas de orientación de salud por año calendario. Para obtener más información sobre este beneficio, o para inscribirse, comuníquese con el programa de orientación de salud llamando al 888-819-8999 o al 503-574-6000. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.
 - Los servicios de orientación de salud por teléfono están disponibles para usted sin costo alguno. La participación es voluntaria.
- Independientemente de que necesite ayuda para comprender un diagnóstico nuevo o asistencia con una afección que ha estado afectando su vida durante un largo tiempo, ¡Gestión de cuidados de Providence está aquí para ayudarlo! Nuestro equipo puede ayudarlo a explorar los servicios de atención médica en su área, brindarle educación en salud personalizada sobre preocupaciones médicas y ofrecerle apoyo de expertos para sus afecciones médicas, incluidas, entre otras, la diabetes, el cáncer, la salud mental, etc. Para obtener más información o comenzar, llámenos al 503-574-7247 o al 1-800-662-1121 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o envíenos un correo electrónico a Care.Management@Providence.org.

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

- Los servicios de gestión de cuidados están disponibles para usted sin costo alguno. La participación es voluntaria. Si quiere dejar de participar o cancelar su inscripción, comuníquese con su administrador de atención o con nosotros por teléfono.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco. Además, los siguientes servicios que no se enumeran en la Tabla de beneficios requieren autorización previa:
 - Ambulancia
 - Los servicios de transporte en ambulancia que no sean de emergencia, como el transporte desde un hospital a un centro de enfermería especializada, requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Servicios odontológicos
 - La anestesia general para los servicios odontológicos requiere autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Algunos servicios de cirugía oral, incluidos los servicios prestados en un consultorio, requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos
 - Las tiras reactivas y los glucómetros no preferidos, los suministros para pruebas que superen los límites de cantidad cubiertos por Medicare y los zapatos o plantillas para diabéticos requieren autorización previa.
 - Usted o el proveedor que hace el pedido debe ponerse en contacto con Providence Home Services al 1-800-762-1253 para solicitar una autorización previa.
 - Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados
 - El equipo médico duradero seleccionado, que incluye, entre otras, las siguientes categorías, requiere autorización previa:
 - Algunos monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM)
 - Mecanismos de elevación del asiento
 - Silla de ruedas eléctrica y suministros
 - Estimuladores nerviosos selectos

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

- Sustitutos de la piel
 - Aparatos bucales
 - Dispositivos de flexión/extensión
 - Bombas para tratamiento de heridas
 - Dispositivos generadores de voz
 - Compra del dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) después del período de prueba/alquiler
- Usted o el proveedor que hace el pedido debe ponerse en contacto con Providence Home Services al 1-800-762-1253 para solicitar una autorización previa.
- Atención médica a domicilio
 - Los servicios de atención médica a domicilio pueden requerir una autorización previa. Usted o el proveedor que hace el pedido debe ponerse en contacto con Providence Home Services al 1-800-762-1253 para solicitar una autorización previa.
 - Atención hospitalaria para pacientes internados
 - Independientemente del motivo del ingreso, todas las hospitalizaciones requieren notificación previa. La mayoría de las veces, el centro de hospitalización o el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros; sin embargo, usted siempre tiene derecho a notificarnos.
 - Atención de salud mental para pacientes internados
 - Todos los servicios de salud mental, trastorno por consumo de sustancias y tratamiento de opioides para pacientes internados requieren notificación previa. La mayoría de las veces, el centro de hospitalización o el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros; sin embargo, usted siempre tiene derecho a notificarnos.
 - Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta
 - Todos los servicios recibidos durante una estancia de hospitalización no cubierta pueden requerir autorización previa. La mayoría de las veces, el centro de hospitalización o el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a notificarnos.
 - Ingresos en centros de rehabilitación para pacientes internados
 - Todas las estancias en un centro de rehabilitación para pacientes internados requieren notificación previa. La mayoría de las veces, el centro de

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

hospitalización o el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.

- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare
 - Ciertos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, como los de quimioterapia, requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
- Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos
 - Toda la radiología de alta tecnología, como las resonancias magnéticas, las angiografías por resonancia magnética, las tomografías de emisión monofotónica, las angiografías por tomografía computarizada, las tomografías computarizadas o las tomografías por emisión de positrones, requiere autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con el administrador de servicios de diagnóstico por imagen para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 1 del Capítulo 2.
- Servicios hospitalarios para pacientes externos
 - Las pruebas neuropsicológicas pueden requerir autorización previa. Usted o el proveedor que realiza el pedido debe ponerse en contacto con nosotros para informarse sobre la autorización previa.
 - Las pruebas genéticas, los estudios citogenéticos y el asesoramiento relacionado requieren una autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
- Atención de salud mental para pacientes externos
 - Los servicios de salud mental para pacientes externos pueden requerir una autorización previa. Usted o el proveedor que realiza el pedido debe ponerse en contacto con nosotros para informarse sobre la autorización previa.
- Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos
 - Los servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos pueden requerir una autorización previa. Usted o el proveedor que realiza el pedido debe ponerse en contacto con nosotros para informarse sobre la autorización previa.
- Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios
 - Algunos procedimientos de cadera, rodilla y hombro requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en

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

contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.

- Los procedimientos cosméticos, reconstructivos, nasales, orales, odontológicos y/u ortognáticos diversos requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Los trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea, incluidas las evaluaciones previas al trasplante y la tipificación HLA, requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - La uvulotomía, la uvulopalatofaringoplastia (Uvulopalatopharyngoplasty, UPPP) y la uvulopalatoplastia asistida por láser (Laser-Assisted Uvulopalatoplasty, LAUP) requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Las cirugías de columna cervical, torácica y lumbar requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Los procedimientos quirúrgicos bariátricos requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Los procedimientos, las cirugías y los tratamientos que pueden considerarse experimentales o de investigación requieren una autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
 - Los servicios y procedimientos sin códigos CPT específicos (servicios y procedimientos no incluidos en la lista) requieren autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización.
- Servicios de hospitalización parcial
 - Todos los servicios de hospitalización parcial pueden requerir autorización previa. Usted o el proveedor que realiza el pedido debe ponerse en contacto con nosotros para obtener la autorización previa.
 - Dispositivos protésicos y suministros relacionados

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

- Todos los dispositivos protésicos y algunos suministros requieren autorización previa.
- Usted o el proveedor que hace el pedido debe ponerse en contacto con Providence Home Services al 1-800-762-1253 para solicitar una autorización previa.
- Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)
 - Esta prueba de detección incluye una tomografía computarizada que requiere autorización previa. La mayoría de las veces, el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con el administrador de servicios de diagnóstico por imagen para obtener la autorización previa; sin embargo, usted siempre tiene derecho a solicitar una autorización. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 1 del Capítulo 2.
 - El asesoramiento de LDCT no requiere autorización.
- Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)
 - Toda atención en un centro de enfermería especializada requiere notificación previa. La mayoría de las veces, el centro de atención de enfermería especializada o el proveedor que hace el pedido se pone en contacto con nosotros; sin embargo, usted siempre tiene derecho a notificarnos.
- Atención de la vista: material óptico médico
 - El material óptico médico puede requerir autorización previa. Usted o el proveedor que realiza el pedido debe ponerse en contacto con nosotros para informarse sobre la autorización previa.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el plazo de tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar las interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura correspondientes, su historial médico y la recomendación del proveedor que lo trata.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y por Oregon Health Plan (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Oregon Health Plan (Medicaid) cubre su costo compartido de los servicios de Medicare. Oregon Health Plan (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025* [Medicare y Usted 2025]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted

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

también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.

- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de un mes en el que se considera que la elegibilidad que ofrece nuestro plan continúa, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, Oregon Health Plan (Medicaid) podría no seguir cubriendo los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) que están incluidos en el marco del plan estatal de Oregon Health Plan (Medicaid), y podría no pagar las primas de Medicare ni el costo compartido por el cual sería responsable Oregon Health Plan (Medicaid) si no fuera este el caso. Las cantidades de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas que califican para recibir “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, puede ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos y/o un costo compartido reducido específico.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila **VBID** en la Tabla de beneficios médicos de abajo.
- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que se indican a continuación y reúne ciertos criterios, es posible que sea elegible para beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - **Lista de afecciones crónicas:**
 1. Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 2. Trastornos autoinmunes, como los siguientes:
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 3. Cáncer, sin incluir las afecciones previas al cáncer o en fase *in situ*
 4. Trastornos cardiovasculares, como los siguientes:
 - Arritmias cardíacas
 - Enfermedad coronaria
 - Enfermedad vascular periférica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 5. Insuficiencia cardíaca crónica
 6. Demencia
 7. Diabetes mellitus
 8. Enfermedad hepática terminal

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

9. Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
 10. Trastornos hematológicos graves, como los siguientes:
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunológica
 - Síndrome mielodisplásico
 - Anemia falciforme (sin incluir el rasgo de la célula falciforme)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 11. VIH/SIDA
 12. Trastornos pulmonares crónicos, como los siguientes:
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar
 13. Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes, como las siguientes:
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos mayores
 - Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
 14. Trastornos neurológicos, como los siguientes:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)
 - Epilepsia
 - Parálisis extensiva (p. ej., hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con apoplejía
 15. Apoplejía
- Para la elegibilidad, los miembros no deben hacer nada. Determinaremos la elegibilidad automáticamente de las siguientes maneras:
 - Usaremos la evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) para los miembros nuevos como elemento determinante de la elegibilidad.
 - Extraeremos los códigos de diagnóstico semanalmente, a lo largo del año, para ayudar a determinar si los miembros que renuevan o los miembros que reciben un diagnóstico a mitad de año pueden ser elegibles.
 - Enviaremos una carta de aprobación a los miembros elegibles con instrucciones sobre cómo activar los beneficios complementarios para miembros.

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

- Consulte la fila de *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación para obtener más información.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente para cuáles beneficios podría ser elegible.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

No tiene que pagar nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando reúna los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

- Para ver los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid), consulte la Tabla de beneficios que se encuentra dentro del documento de Resumen de beneficios de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para acupuntura para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los doctores (según la definición de la Sección 1861I(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), los enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditable por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia*</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, deberá documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>* Es posible que se apliquen normas de autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia, incluso de centros fuera de la red a centros de la red. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por viaje sencillo por tierra en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por viaje sencillo por aire en ambulancia cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios de ambulancia recibidos a través del sistema de respuesta médica de emergencia 911 cuando recibe tratamiento, pero no viaje en la ambulancia.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por un viaje sencillo en ambulancia autorizado desde un centro fuera de la red a un centro dentro de la red.</p>
<p> Examen físico anual de rutina</p> <p>Nuestro plan cubre un examen físico anual de rutina, además de la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare.</p> <p>Dicho beneficio le permite consultar con su proveedor sin una queja médica específica e incluye un examen físico integral una vez por año calendario.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen físico anual de rutina.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del doctor.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Las consultas por rehabilitación cardíaca se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.</p> <p>Las consultas por rehabilitación cardíaca intensivas se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>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).</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o varios huesos de la columna se desplazan fuera de su posición) si recibe este servicio de un quiropráctico u otro proveedor cualificado. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo, una vez cada 48 meses a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en la sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo, 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años que no tienen un alto riesgo. Una vez al menos transcurridos 48 meses desde el último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento tras un resultado positivo de una prueba de heces no invasiva de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales el coseguro sí aplica. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para cada enema de bario de detección cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos*</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare cubre actualmente los servicios odontológicos solo en determinadas circunstancias: concretamente, cuando dicho servicio es una parte esencial del tratamiento específico para la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de algún tipo de cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica y otros servicios odontológicos que administre un doctor.	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos* (continuación)</p> <p>Otros servicios odontológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le damos una tarjeta de débito precargada para pagar la atención odontológica. Puede utilizar el dinero de esta tarjeta para cualquier servicio odontológico que desee, desde limpiezas y radiografías hasta empastes y coronas. Esta tarjeta no puede utilizarse para servicios que no sean odontológicos. • La tarjeta tiene una asignación máxima de \$1,900, que podrá utilizar entre las 12:00 a. m. del 1 de enero de 2025 y las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025. Tenga en cuenta que, si no utiliza todo el dinero de su tarjeta en ese plazo, caducará y no pasará al año siguiente. • La tarjeta puede utilizarse en cualquier clínica odontológica de su elección. • Si utiliza todo el dinero de la tarjeta para pagar un solo servicio o procedimiento odontológico, tendrá que pagar la totalidad de los costos compartidos para cualquier atención odontológica futura que reciba en el mismo año calendario. <p>Si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de débito o sobre los beneficios odontológicos, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Tiene una asignación de \$1,900 cada año calendario para cualquier servicio odontológico que elija.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y/o tratamiento de seguimiento.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos*</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Las tiras reactivas y los glucómetros se limitan a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y/o dispositivos para diabéticos deben proporcionarse y organizarse a través de la red de farmacias minoristas u otro proveedor de la red.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por calzado o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Todo equipo médico duradero (DME) debe proporcionarse y organizarse a través de la red de farmacias minoristas, Providence Home Services u otro proveedor autorizado por el plan.</p>
<p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>(En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>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.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. <i>La lista más actualizada de proveedores también está disponible en nuestro sitio web: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. El proveedor de DME de su área es Providence Home Services. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-762-1253.</i></p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor con respecto al producto o la marca que son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo de oxígeno de Medicare.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Todo equipo médico duradero (DME), como monitores de glucosa continuos (CGM), bombas de insulina y sillas de ruedas, debe proporcionarse y organizarse a través de la red de farmacias minoristas, Providence Home Services u otro proveedor de la red.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una “emergencia médica” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>La cobertura de atención de emergencia se aplica únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si a usted lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas de su consulta a la sala de emergencias, no se aplicará el copago por consulta a la sala de emergencias.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes internados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios médicos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>Los miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) pueden disfrutar de los gimnasios dentro de la red para ayudarle a tomar el control de su salud y a sentirse lo mejor posible. Como miembro, obtendrá lo siguiente a bajo o ningún costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gimnasios de acondicionamiento físico: Tiene acceso a una gran variedad de gimnasios locales. Puede localizar un centro de acondicionamiento físico en un radio de 40 millas en el sitio web de acondicionamiento físico. Para obtener la información de contacto del administrador de beneficios, consulte la Sección 1 del Capítulo 2.• Acondicionamiento físico en línea: Hay clases disponibles; consulte los horarios en el sitio web de acondicionamiento físico.• Actividades de acondicionamiento físico: También tiene acceso a eventos sociales y otras actividades disponibles en el sitio web de acondicionamiento físico.• Salud cerebral: Disponemos de un programa para ayudarlo a rendir al máximo, ejercitar la memoria, y mejorar la atención y la agilidad mental.	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>
<p><i>Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda para encontrar un centro de acondicionamiento físico participante, quiere inscribirse o saber más sobre el programa, póngase en contacto con el administrador de beneficios. Encontrará la información de contacto en la Sección 1 del Capítulo 2.</i></p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte. En general, los audífonos y los exámenes auditivos complementarios no son un beneficio cubierto.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipo médico y suministros. <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido aplicable que figura en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos si el artículo está cubierto por un beneficio diferente. Por ejemplo, el equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio.</p> <p>Toda la atención y servicios médicos a domicilio deben ser proporcionados por Providence Home Services u otro proveedor de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento de infusión a domicilio*</p> <p>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. <p>Los medicamentos no preferidos de la Parte B pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. La lista más actualizada de los medicamentos de la Parte B sujetos al tratamiento escalonado puede encontrarse en nuestro sitio web: www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de infusión a domicilio cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y su administración cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para otros medicamentos de la Parte B y su administración cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el equipo médico duradero, las prótesis y los suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).</p> <p>Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de hospicio certificado por Medicare.</p> <p>Es posible que se aplique un costo compartido adicional por los servicios de consulta de hospicio prestados durante una hospitalización.</p> <p>Para los medicamentos y cuidados paliativos, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p> <p>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.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios de consulta de hospicio recibidos en el consultorio de un proveedor de atención primaria o en el consultorio de un especialista.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará la cantidad del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</u> Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (“¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?”).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	<p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales/contra la influenza adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas de adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para todas las demás vacunas de la Parte B cubiertas por Medicare.</p> <p>Debe acudir a un proveedor de Medicare para recibir la vacuna contra la gripe y/o la neumonía.</p> <p>La mayoría de las vacunas se pueden conseguir en la farmacia local.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados*</p> <p>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 formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Está cubierto durante días ilimitados por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare.</p> <p>Salvo en una emergencia, su proveedor debe informarnos que usted será ingresado en el hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados. • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. 	<p>Estos son las cantidades de costo compartido de 2024 y podrían cambiar para 2025. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) proporcionará las cantidades actualizadas apenas se publiquen. En 2024, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 o \$1,632. • No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-60. • Copago de \$0 o \$408 por día para los días 61-90. • No se requiere coseguro, copago ni deducible por día para el día 91 y los siguientes.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados* (continuación)</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. Los gastos de viaje están sujetos a autorización previa y a la elegibilidad del receptor. El reembolso máximo total permitido para los viajes para recibir un trasplante es de \$5,000. Los gastos de comida y alojamiento se limitan a hasta \$150 por día y se aplican al máximo de \$5,000.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o procurar que otra persona se la done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe suministros para llevar a casa o artículos no relacionados con la afección por la que lo están tratando, usted podría ser responsable de los costos.</p> <p>El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención en un hospital como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p> <p>Si ingresa en el hospital o el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes internados* (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p> <p>Sus beneficios de hospitalización se basan en la fecha de admisión.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Usted recibe hasta 190 días de por vida de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. Tenga en cuenta que la cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida nunca se restablece. Por ejemplo, si Medicare pagó previamente su hospitalización en un hospital psiquiátrico durante 100 días, su plan solo pagará hasta 90 días de una futura estancia. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>Salvo en una emergencia, su proveedor debe informarnos que usted será ingresado en el hospital.</p> <p>Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Estos son las cantidades de costo compartido de 2024 y podrían cambiar para 2025. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) proporcionará las cantidades actualizadas apenas se publiquen. En 2024, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$0 o \$1,632. • No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-60. • Copago de \$0 o \$408 por día para los días 61-90. • Copago de \$0 u \$816 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 (hasta 60 días a lo largo de su vida). • Usted paga todos los costos más allá de los días de reserva de por vida. <p>El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando no haya recibido atención en el hospital como paciente internado durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital después de que termine un período de beneficios, comenzará uno nuevo. Todas las hospitalizaciones de atención de salud mental para pacientes internados, independientemente de la afección, se contarán para el período de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* (continuación)	Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta*	Los servicios y suministros enumerados a la izquierda se seguirán cubriendo según las cantidades del costo compartido que se muestra en las respectivas secciones de esta Tabla de beneficios médicos. Por ejemplo, la fisioterapia se cubrirá a la cantidad del costo compartido indicado en “Servicios de rehabilitación para pacientes externos”.
<p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los odontológicos) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. 	
<p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Programa de entrega de comidas (solo después del alta)</p> <p>Cubrimos hasta 56 comidas en un período de 28 días. Este beneficio puede utilizarse inmediatamente después de recibir el alta de un hospital de agudos, de un hospital psiquiátrico o de un SNF (si el evento anterior es una estancia hospitalaria cualificada). Todas las comidas se entregarán directamente en su casa, y usted puede ser elegible para recibir comidas que le ayuden a manejar o recuperarse de sus condiciones de salud o lesiones específicas.</p> <p>Directrices sobre beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">• La primera entrega de la comida puede tardar hasta tres días hábiles después del pedido.• Las hospitalizaciones para observación no reúnen los requisitos para este beneficio.• Las comidas deben pedirse a través de nuestro proveedor de comidas a domicilio, Mom's Meals.• Pueden aplicarse algunas restricciones y limitaciones. <p>Para obtener información general sobre el programa, visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/momsmeals. No es necesario que haga nada para recibir este beneficio, ya que Mom's Meals se pondrá en contacto directamente con los miembros elegibles. Si rechaza este beneficio, pero cambia de opinión más adelante, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el programa de entrega de comidas no cubierto por Medicare. La cobertura se limita a dos comidas diarias durante 28 días (56 comidas en total) después de cada hospitalización.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, puede necesitar exámenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos totales. Hable con su doctor acerca de qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos por trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y una persona correctamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los medicamentos de quimioterapia y radioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Para la administración de los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos al tratamiento escalonado.</p> <p>El costo compartido de la insulina está sujeto a un costo compartido máximo de \$35 por un suministro para un mes de insulina.</p>

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar**
cuando obtiene estos servicios**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare***
(continuación)

- Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone para convertirse en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, al momento de esta o dentro de las 48 horas posteriores, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable y si el beneficio para pacientes con ESRD de la Parte B lo cubre.
- Los medicamentos calciomiméticos en el marco del sistema de pago de la ESRD, inclusive el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.
- Estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias.
- Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y sonda gástrica).

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <p>Mediante el siguiente enlace, accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en el marco de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	
<p>Servicios de transporte no médico</p> <p>El transporte no médico es aquel que no involucra una cita médica como los viajes de ida y vuelta a los siguientes lugares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Centros de preparación física (gimnasios) y actividades de bienestar social asociadas como zonas de ocio, centros comunitarios, parques y centros comerciales para realizar paseos de compras ○ Farmacias ○ Supermercados ○ Bancos de alimentos ○ Centros para personas mayores ○ Iglesias ○ Bancos e instituciones financieras ○ Barberías y salones de belleza ○ Visitas a familiares <p>Tiene cubiertos hasta 36 viajes sencillos de transporte no médico. ¿Quiere programar un viaje para una actividad próxima? Consulte la Sección 1 del Capítulo 2, en información de contacto de los administradores de beneficios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible hasta los 36 viajes sencillos (máximo de 25 millas cada uno) por año calendario.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Línea directa de enfermería</p> <p>¿Se trata de una situación médica potencialmente urgente? ProvRN está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El personal de enfermería registrado le ayudará a determinar los siguientes pasos, desde tomar un analgésico hasta acudir a un centro de atención urgente. Tanto si llama por usted como por su hijo, nuestro personal de enfermería puede ayudarlo. Solo llame al 503-574-6520 o al 1-800-700-0481 para empezar.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la línea directa de enfermería.</p>
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios del Programa de tratamiento de opioides*</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios con un proveedor de tratamiento de opioides inscrito en Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Procedimientos especiales de imágenes, como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones. Todos los procedimientos especiales de imágenes deben ser coordinados por el proveedor que los solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imagen. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 1 del Capítulo 2. • Pruebas especiales de diagnóstico, como ecografías y monitoreo con un monitor Holter. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios y los suministros de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada procedimiento especial de obtención de imagen y prueba diagnóstica especial cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los yesos o los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para vendajes y suministros, entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare. Estos deben ser proporcionados por Providence Home Services u otro proveedor de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o procurar que otra persona se la done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de sangre.</p> <p>El costo compartido se basa en los beneficios de Original Medicare y depende del proceso y la manipulación de la sangre.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>
<p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Si recibe servicios además de los de laboratorio, sangre u otras pruebas/procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare, se puede aplicar un costo compartido separado para ese servicio.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos*</p> <p>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.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos*</p> <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p>
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. 	<p>Las consultas a la clínica ambulatoria no conllevan ningún honorario.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las radiografías y los servicios de radiología cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada procedimiento especial de obtención de imagen y prueba diagnóstica especial cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los medicamentos de quimioterapia y radioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta de parejas y familias certificado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <p>* No se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales; sin embargo, las consultas posteriores pueden requerir autorización.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos*</p> <p>Los niveles de atención cubiertos para el trastorno de consumo de sustancias incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial/tratamiento diario • Tratamiento intensivo para pacientes externos • Tratamiento para pacientes externos <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración diagnóstica, evaluaciones y planificación del tratamiento • Tratamiento y/o procedimientos • Administración de la medicación y otros tratamientos asociados • Tratamiento individual, familiar o grupal • Servicios de administración de casos basados en el proveedor • Intervención de crisis <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los servicios por trastorno de consumo de sustancias deben recibirse de forma ambulatoria en un hospital, centro alternativo o consultorio del proveedor. Además, estos servicios deben ser prestados por un profesional de la salud mental debidamente cualificado, o por un tercero bajo indicaciones del profesional.</p> <p>Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de terapia intensiva para pacientes externos cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios*</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada cirugía hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</p>	
<p>Tenga en cuenta lo siguiente: Para los honorarios profesionales, puede aplicarse un costo compartido aparte.</p>	
<p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p>	
<p>Le damos una tarjeta de débito precargada con una asignación de \$150 cada tres meses para pagar alimentos y productos agrícolas y artículos de salud y bienestar de venta libre (OTC). La asignación se transfiere cada tres meses y vence después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de cada año.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre.</p>
<p>Puede adquirir artículos sanitarios OTC en las farmacias minoristas participantes de su zona. O bien, si quiere evitar el contacto, puede hacer un pedido del catálogo por teléfono, web o correo. Tenga en cuenta que los artículos del catálogo solo están disponibles para entrega a domicilio. Asimismo, los artículos no pueden adquirirse a través de otros proveedores o canales distintos de los descritos anteriormente.</p>	<p>Tiene una asignación de \$150 cada tres meses (pedidos de artículos OTC mediante tarjeta minorista, catálogo, Internet, correo postal y teléfono). También puede usar su tarjeta para comprar alimentos saludables que reúnan los requisitos como productos agrícolas, lácteos, carnes y más.</p>
<p>Para obtener ayuda o una lista de artículos aprobados y farmacias minoristas, visite <u>la página web que figura en la Sección 1 del Capítulo 2 (información de contacto de los administradores de beneficios)</u>.</p>	<p>El dinero que no gaste se transferirá de un trimestre al siguiente y caducará al final del año calendario 2025.</p>
<p>Para cualquier otra pregunta o duda, llame a Providence Health Assurance al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Los artículos de venta libre solo pueden adquirirse en nuestro catálogo o en los distribuidores autorizados. Para acceder a una copia del catálogo comuníquese con el administrador de beneficios de Providence o con el Servicio al cliente. La información se encuentra en la Sección 1 del Capítulo 2: Información de contacto de los administradores de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos*</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) suministrado en un Departamento para pacientes externos de un hospital, en un Centro comunitario de salud mental, en un Centro de salud federalmente calificado, o en una Clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Los servicios de salud mental son administrados por Providence Health Assurance. Debe ponerse en contacto con Providence Health Assurance para obtener las autorizaciones.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)</p> <p>Un Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) le permite acceder a ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de emergencia. Solo tiene que pulsar el botón de su dispositivo para hablar con un operador capacitado que coordinará el envío de emergencia a su ubicación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envío y ejecución del dispositivo móvil y la unidad base • Tecnología GPS para identificar su ubicación durante una emergencia • Tecnología de detección automática de caídas <p>Tenga en cuenta lo siguiente: La vigilancia por video a distancia no está cubierta.</p> <p>Para comunicarse con Servicio al cliente o para inscribirse, consulte la Sección 1 del Capítulo 2: Información de contacto.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de PERS.</p>
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Para conocer el costo compartido de los exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio, consulte la sección “Servicios auditivos” de esta Tabla de beneficios médicos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, entre ellos: atención primaria y especializada, atención de salud mental, tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias y opioides, ejercicio supervisado, terapia ocupacional y física, servicios de logopedia, educación sobre la enfermedad renal, autocontrol de la diabetes y visitas de consulta y seguimiento de una estancia hospitalaria, cirugía o consulta al servicio de urgencias. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio. ○ Los servicios se prestarán mediante una comunicación interactiva de audio y video cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un doctor o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio de telesalud adicional cubierto por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)	
<ul style="list-style-type: none">• Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias.• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor <u>en los siguientes casos:</u><ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y• El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u><ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo y○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.• Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un doctor).	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tecnología de acceso remoto no cubierta por Medicare: Proporcionamos acceso a los proveedores de la red por los siguientes medios:<ul style="list-style-type: none">○ Consultas telefónicas para servicios de medicación y tratamiento de enfermedades, como cuando se llama a ProvRN.○ Correos electrónicos a través de una aplicación, como cuando envía un mensaje a su equipo de atención en MyChart.○ Una plataforma diseñada, basada en la web, para las consultas médicas en el mismo día, como cuando visita Providence ExpressCare Virtual en una tableta, un teléfono celular o una computadora.• Este beneficio solo cubre los honorarios del proveedor, pero no los honorarios de la clínica o del centro. Pueden aplicarse varias cantidades de costos compartidos en función de los servicios prestados.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Puede aplicarse un costo compartido aparte si se prestan servicios adicionales y/o si los servicios de podiatría cubiertos se prestan en un centro hospitalario para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte la sección “Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios” para conocer los servicios que se prestan en un contexto ambulatorio.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital cubierto por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p>Prótesis, dispositivos de ortesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, las pruebas, la adaptación o la capacitación en relación con el uso de la prótesis o el dispositivo de ortesis, así como los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y de ortesis, así como la reparación y/o sustitución de estas prótesis y dispositivos de ortesis. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p> <p>Todas las prótesis y los suministros relacionados deben ser proporcionados por Providence Home Services u otro proveedor de la red.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para vendajes y suministros para llevar a casa, entablillados y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una orden del doctor que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p> <p>Las consultas por rehabilitación pulmonar se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>
<p>Tecnología de acceso remoto</p> <p>Proporcionamos acceso a los proveedores de la red por los siguientes medios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas telefónicas para servicios de medicación y tratamiento de enfermedades, como cuando se llama a ProvRN. • Correos electrónicos a través de una aplicación, como cuando envía un mensaje a su equipo de atención en MyChart. • Una plataforma diseñada, basada en la web, para las consultas médicas en el mismo día, como cuando visita Providence ExpressCare Virtual en una tableta, un teléfono celular o una computadora. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>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.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindadas por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)*</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden de parte de un doctor o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p> <p>La LDCT debe ser coordinada por el proveedor que la solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imagen. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 1 del Capítulo 2.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales*	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su doctor, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio educativo sobre enfermedades renales cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Para obtener información sobre las cantidades del costo compartido para la hospitalización, consulte “Atención para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios médicos. 	No hay un cargo adicional para los tratamientos de diálisis recibidos durante una hospitalización cubierta por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada preparación para autodiálisis cubierta por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para equipos y suministros de diálisis en casa cubiertos por Medicare cubiertos por Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales* (continuación)</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>* Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF).</p> <p>Su plan cubre hasta 100 días en cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite: debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, donarse sangre a usted mismo o procurar que otra persona se la done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de doctores o profesionales. 	<p>Estos son las cantidades de costo compartido de 2024 y podrían cambiar para 2025. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) proporcionará las cantidades actualizadas apenas se publiquen. En 2024, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1-20 de un período de beneficios. • Copago de \$204 por día para los días 21-100 de un período de beneficios. <p>El período de beneficios comienza el día que visita un SNF y finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que termine un período de beneficios, comenzará uno nuevo.</p> <p>Todas las hospitalizaciones en SNF, independientemente de la afección, se contarán para el período de beneficios. Sus beneficios de SNF se basan en la fecha.</p> <p>No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Si ingresa en el centro en 2025 y no recibe el alta hasta 2026, es posible que la cantidad de su copago por día sea diferente.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe este servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p> <p>Cubrimos el programa telefónico para dejar de fumar, incluidos los suministros del programa, como la terapia de sustitución de la nicotina. ¿Preparado para 12 meses de ayuda? Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 1 del Capítulo 2.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el programa telefónico para dejar de fumar.</p>
<p> Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)</p> <p>Una persona inscrita con una enfermedad crónica es aquella que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una o más afecciones comórbidas y crónicas médicamente complejas (abajo se indican 15) que ponen en riesgo la vida o limitan considerablemente la salud general o la función de la persona inscrita. • Tiene un riesgo alto de tener hospitalizaciones u otros resultados adversos en la salud. • Requiere la coordinación intensiva de la atención. 	<p>Los miembros elegibles tienen una asignación de \$250, cada tres meses, para alimentos y productos agrícolas.</p> <p>El dinero que no gaste se transferirá de un trimestre al siguiente y caducará al final del año calendario 2025.</p>

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar**
cuando obtiene estos servicios**Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) (continuación)**

Lista de afecciones crónicas:

1. Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
2. Trastornos autoinmunes, como los siguientes:
 - Poliarteritis nodosa
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
3. Cáncer, sin incluir las afecciones previas al cáncer o en fase *in situ*
4. Trastornos cardiovasculares, como los siguientes:
 - Arritmias cardíacas
 - Enfermedad coronaria
 - Enfermedad vascular periférica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
5. Insuficiencia cardíaca crónica
6. Demencia
7. Diabetes mellitus
8. Enfermedad hepática terminal
9. Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
10. Trastornos hematológicos graves, como los siguientes:
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunológica
 - Síndrome mielodisplásico
 - Anemia falciforme (sin incluir el rasgo de la célula falciforme)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
11. VIH/SIDA
12. Trastornos pulmonares crónicos, como los siguientes:
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar
 - Hipertensión pulmonar

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) (continuación)	
<p>13. Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes, como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Trastornos bipolares• Trastornos depresivos mayores• Trastorno paranoide• Esquizofrenia• Trastorno esquizoafectivo <p>14. Trastornos neurológicos, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)• Epilepsia• Parálisis extensiva (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejía)• Enfermedad de Huntington• Esclerosis múltiple• Enfermedad de Parkinson• Polineuropatía• Estenosis espinal• Déficit neurológico relacionado con apoplejía <p>15. Apoplejía</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesiología para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesiología para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada servicio de SET cubierto por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que exige la atención médica inmediata pero que no está cubierto como una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra provisoriamente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicios del plan y, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no es razonable que reciba este servicio de proveedores de la red que tienen contratos con el plan. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. No obstante, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible provisoriamente.</p> <p>La cobertura de atención de urgencia se aplica únicamente dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención urgente cubierta por Medicare.</p> <p>Si a usted lo ingresan al hospital dentro de las 24 horas de su consulta para atención de urgencia, no se aplicará el copago por consulta de atención de urgencia.</p> <p>Si recibe atención de urgencia en un hospital fuera de la red y necesita atención en régimen de internado una vez que su estado se haya estabilizado, debe conseguir que el plan autorice esa atención en régimen de internado. Si se autoriza, el costo será el mismo que si recibiera la atención en un hospital de la red.</p> <p>Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes internados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios médicos.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (VBID)</p> <p>Las personas inscritas que califican para recibir “Ayuda adicional” pueden ser elegibles para recibir los beneficios complementarios específicos y/o un costo compartido reducido específico del Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Los criterios de elegibilidad y los beneficios son:</p> <p>Alimentos y productos agrícolas: Le damos una tarjeta de débito precargada con una asignación de \$150 cada tres meses para pagar alimentos y productos agrícolas y artículos de salud y bienestar de venta libre (OTC). Consulte “<i>Artículos de venta libre (OTC)</i>” para obtener más información sobre cómo funciona este beneficio combinado.</p>	<p>Tiene una asignación de \$150 cada tres meses que se combina con artículos OTC.</p>
<p>Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. •  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si se prestan servicios adicionales, puede aplicarse un costo compartido aparte, como medicamentos administrados durante la consulta.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de glaucoma preventiva anual cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario.</p>
<p>Material óptico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de las cataratas: Su plan cubre un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Material óptico médico*: El material óptico médico se incluye en el beneficio “Dispositivos protésicos y suministros relacionados”. 	<p>No se requiere copago, coseguro ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertas por Medicare después de cada operación de cataratas.</p>
<p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las prótesis y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Para determinados miembros, Oregon Health Plan (Medicaid) podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare que cubriría normalmente Oregon Health Plan (Medicaid).</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">● Examen ocular de rutina: Nuestro plan cubre un examen ocular de refracción de rutina por año calendario. El objetivo de este examen es comprobar su visión para determinar si es necesario utilizar anteojos correctores o actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto. Una refracción es la parte de la consulta en el consultorio que determina la prescripción de sus anteojos. Ambos servicios están incluidos en el beneficio de examen ocular de rutina.<p>Este beneficio no incluye los exámenes para enfermedades como la conjuntivitis, el ojo seco, el glaucoma o las cataratas. Estos servicios no forman parte de un examen ocular de refracción de rutina, tal como se define en este beneficio, y estarían cubiertos por sus beneficios médicos de la Parte B. Consulte el apartado “Cuidados de la vista” para conocer los detalles de los beneficios médicos de la vista.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen ocular de rutina por año calendario.</p> <p>Usted no está limitado a utilizar un proveedor de la red, esto significa que puede acudir a cualquier proveedor calificado para un examen ocular de rutina.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">● Material óptico de rutina: ⁺ Su plan incluye anteojos o lentes de contacto de rutina cada año calendario. <p>⁺ La cantidad del costo compartido por el material óptico de rutina no se tiene en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo de su plan.</p>	<p>Tiene una asignación de hasta \$250 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetadas de rutina, lentes recetadas de rutina, marcos de anteojos de rutina y/o mejoras como los tintes. Esto significa que pagaremos hasta \$250 por año calendario para material óptico de rutina. Los servicios de adaptación de lentes de contacto de rutina con receta están incluidos en el beneficio de material óptico de rutina. Cualquier cantidad facturada por el proveedor por encima de la prestación será su responsabilidad. Usted no está limitado a utilizar un proveedor de la red. Puede obtener su material óptico de rutina de cualquier proveedor calificado.</p> <p>Tenga en cuenta que la asignación descrita es la misma para todos los proveedores. Pida a su proveedor que nos facture los servicios a la dirección de reclamos que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. También puede solicitar reembolso de nuestra parte.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Si durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo se le trata o controla una enfermedad existente, puede aplicarse un copago o coseguro por la atención recibida por la enfermedad existente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no cubiertos* por Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) pero están disponibles a través de Oregon Health Plan (Medicaid):

- Beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) no cubiertos por Medicare
- Atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad

Para ver los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid), consulte el documento de Resumen de beneficios de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) y/o comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) o con su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid).

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)**

En esta sección, se indican los servicios que se “excluyen”. “Excluidos” significa que el plan no los cubre.

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

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos por no asistir a las citas o por no completar los formularios de reclamos.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Concepción por medios artificiales, como la fecundación <i>in vitro</i> , las transferencias intrafalopianas de cigotos y las transferencias intrafalopianas de gametos (Gamete Intra-Fallopian Transfers, GIFT).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Pruebas directas para el consumidor (también conocidas como autoevaluaciones, pruebas caseras o pruebas de venta libre), que se venden directamente a las personas a través de Internet, la televisión, anuncios en medios impresos u otros materiales de comercialización.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios o procedimientos de mejora programados o voluntarios.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Comida para las visitas en un hospital o centro de atención de enfermería especializada.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Entrega de comidas a domicilio.		Cubierto después de una hospitalización que reúna los requisitos.
Servicios de empleada doméstica incluyendo ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Adicionales para lentes para material óptico necesario por cataratas (es decir, tintes, revestimiento antirreflectante, lentes progresivas, lentes de gran tamaño, etc.), a menos que sea médicamente necesario.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare para viajar fuera de los EE. UU. y sus territorios.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Transporte que no sea de emergencia.		Se requiere autorización previa.
Atención odontológica que no sea de rutina. Si quiere, puede usar su tarjeta de débito precargada para pagar la atención odontológica que no sea de rutina. Para obtener más información, consulte la fila “Servicios odontológicos*” de la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 de este capítulo.		La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicio privado de enfermería.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Programas de fortalecimiento psicológico o de autoayuda para personas mentalmente sanas.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Informes, evaluaciones o exámenes físicos de rutina destinados principalmente para el seguro, las licencias, el empleo u otros fines de terceros y no preventivos.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados, inclusive dispositivos anticonceptivos implantables.	No cubiertos en ninguna circunstancia	Los productos anticonceptivos podrían estar cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).
Atención quiropráctica de rutina.		Está cubierta la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como empastes o dentaduras postizas.		Los servicios odontológicos preventivos están cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).
Cuidado de rutina de los pies.		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o pruebas para adaptar los audífonos.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios no cubiertos por Medicare.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Servicios brindados en centros de Asuntos de Veteranos (VA).	No cubiertos en ninguna circunstancia	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios relacionados con dispositivos intrauterinos (DIU), incluidos la inserción del dispositivo y el dispositivo en sí mismo.	No cubiertos en ninguna circunstancia	Los servicios de dispositivos intrauterinos (DIU) podrían estar cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).
Los servicios tales como reclamos de medicamentos están excluidos de su beneficio si los solicita o receta usted para su propio beneficio, o si los provee o receta una persona que resida en su hogar o que sea miembro de su familia. En este contexto, “miembro de su familia” se refiere a cualquier persona que podría ser su heredero según la Ley de sucesión intestada de cualquier estado, además de cualquier pariente político, familiar del padrastro o de la madrastra, padre o madre adoptivo, o pareja de hecho, de usted o de dicha persona.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Dispositivos de ayuda para la visión subnormal, lentes aniseicónicas o no graduadas (lentes no recetadas), gafas de sol, y otros servicios y dispositivos de ayuda para la debilidad visual.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluido el asesoramiento matrimonial.	No cubiertos en ninguna circunstancia	
Peluca.	No cubiertos en ninguna circunstancia	

CAPÍTULO 5:

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

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

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

Dado que es elegible para Oregon Health Plan (Medicaid), reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta y obtendrá esa ayuda. Como participa en un programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” 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 posee este folleto, comuníquese con Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este documento).

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos de los medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). Consulte su Lista de medicamentos de Oregon Health Plan (Medicaid) para ver la cobertura de estos medicamentos.

Sección 1.1	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo. *O puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas fuentes de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que debamos aprobar su medicamento antes de cubrirlo. (Para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) y/o llamar a Servicio al cliente.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al cliente o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

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

(como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al cliente.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) o llame a Servicio al cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

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

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al Servicio al cliente.

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

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o detener la nueva receta.

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

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

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

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

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicio al cliente** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

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

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos de los medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). Consulte su

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

Lista de medicamentos de Oregon Health Plan (Medicaid) para ver la cobertura de estos medicamentos.

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

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

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

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

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

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que podrían incluirse en la Lista de medicamentos.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

Los medicamentos cubiertos por Medicaid no se incluyen en la Lista de medicamentos. Puede visitar la página de Medicaid para ver los medicamentos cubiertos por Medicaid:
<https://www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp>.

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

El 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 sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo.
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede que sea capaz de obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.ProvidenceHealthAssurance.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real” (Real-Time Benefit Tool) del plan (www.ProvidenceHealthAssurance.com) o comuníquese con Servicio al cliente. Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para consultar una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en esta lista que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de

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

atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento.

Comuníquese con Servicio al cliente para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

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, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

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

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

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

Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera
--------------------	--

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario, pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?
--------------------	--

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicio al cliente.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicio al cliente y pedir 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.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede

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

ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año
--

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica de este.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable de este.**

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

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se mencionan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?
--

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podríamos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

Cambios que podríamos hacer en la Lista de medicamentos que lo afecten durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y retirar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que retiremos de inmediato un medicamento similar de la lista, traslademos el medicamento similar a otro nivel de costo compartido, agreguemos restricciones o ambas. La versión nueva del medicamento aparecerá con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregaremos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o agregaremos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podríamos hacer estos cambios de inmediato e informárselos después, incluso aunque esté tomando el medicamento que eliminamos o al que aplicamos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realicemos el cambio, le informaremos sobre el cambio específico que hicimos.
- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y retirar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que retiremos un medicamento similar de la lista, lo traslademos a otro nivel de costo compartido, agreguemos restricciones o ambas. La versión del medicamento que agreguemos aparecerá con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si agregaremos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o agregaremos determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio o le diremos cuál es el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Realizar otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

- Le informaremos al menos 30 días antes de que realicemos estos cambios o le diremos cuál es el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que serían mejores para su caso, inclusive el cambio a un medicamento distinto para tratar su afección, o la solicitud de una decisión de cobertura que satisfaga las nuevas restricciones que podrían aplicarse al medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos 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 afectarán durante el año actual del plan

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

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que **se excluyen**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si Oregon Health Plan (Medicaid) excluye también el medicamento excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted.

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos para usted en virtud de la cobertura de medicamentos de Oregon Health Plan (Medicaid). Consulte su Lista de medicamentos de Oregon Health Plan (Medicaid) para ver la cobertura.

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

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para

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

determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1	Proporcione información sobre su membresía
--------------------	---

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan su medicamento. Si Medicare no cubre un medicamento con receta, pero Oregon Health Plan (Medicaid) sí lo cubre, tendrá que mostrar su tarjeta de Oregon Health Plan (Medicaid) para que le surtan la receta.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la información de miembro con usted?
--------------------	---

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

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

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?
--------------------	--

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

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

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider) para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicio al cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener 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 actualmente otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo 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 con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

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

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura

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

acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

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

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

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

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

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

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con Servicio al cliente.

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

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. 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 mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento.

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

Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros 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, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 12 Información de beneficios adicionales

1. Las tiras reactivas y los glucómetros se limitan a los fabricantes preferidos del plan. Todos los suministros y/o dispositivos médicos deben proporcionarse y coordinarse a través de una farmacia minorista de la red.

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

2. Los compuestos están limitados a un suministro de 30 días.
3. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) no revisa los polvos y productos químicos a granel; por lo tanto, no cumplen la definición de medicamento de la Parte D y están excluidos de la cobertura.
4. Los suministros para viajes están limitados a 30 días.

CAPÍTULO 6:

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

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



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

Dado que es elegible para Oregon Health Plan (Medicaid), reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta y obtendrá esa ayuda. Como participa en un programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” 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 posee este folleto, comuníquese con Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

CAPÍTULO 7:

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

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 en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturarán directamente al plan por los servicios y los medicamentos cubiertos que reciba. No debe recibir una factura por los servicios o los medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o por los medicamentos que recibió, debe enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios y los medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le devolveremos el dinero pagado por los servicios o medicamentos.

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

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

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

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, solicítele al proveedor que le facture al plan.

- Si paga la cantidad total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar una cantidad que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

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

- Si ya pagó el servicio, le reembolsaremos.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

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

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

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

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

Cuando nos envíe la solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos qué servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto se conoce como tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento posee información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

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

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

- No tiene que utilizar los formularios, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) o llame a Servicio al cliente y pida el formulario.
- Para reclamos de medicamentos con receta, incluya lo siguiente: nombre, dirección y teléfono de la farmacia; número de receta; fecha de servicio; nombre del medicamento; código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC); cantidad y días de suministro; nombre del proveedor; y costo/responsabilidad del miembro.

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

- Para reclamos médicos y de salud conductual, incluya lo siguiente: nombre, dirección y número de teléfono del proveedor; número de identificación fiscal; fecha del servicio; diagnóstico; descripción del artículo y código de procedimiento si está disponible; cualquier registro médico relacionado con el servicio; y cantidad cobrada y pagada.

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

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

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos el servicio o medicamento. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la cantidad total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio que negociamos). Si aún no ha pagado 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 atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de

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

apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita y ruso. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is available for free in Spanish, Vietnamese and Russian. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)**

Chương trình của quý vị được yêu cầu để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có thẩm quyền về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt và tiếng Nga. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng.

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho những người ghi danh là nữ những tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cung cấp một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới mà sẽ cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy mình ở trong tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi để phàn nàn với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể khiếu nại đến Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc khiếu nại trực tiếp đến Văn Phòng Dân Quyền bằng cách gọi tới số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

РАЗДЕЛ 1 Наш план должен уважать ваши права и культурные особенности как участника плана

Раздел 1.1	Мы должны предоставлять информацию в удобном для вас виде и с учётом ваших культурных особенностей (на языках, отличных от английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.)
-------------------	---

Ваш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учётом культурных особенностей и были доступны для всех участников плана, включая тех, кто плохо владеет английским языком, имеет ограниченные навыки чтения, плохо слышит или имеет различное культурное и этническое происхождение. Примеры того, как план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения ТТУ (текстового телефона или телетайпа).

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском и русском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов.

Наш план обязан предоставлять женщинам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несёт ответственность за поиск поставщиков, не входящих в сеть плана, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только расходы по схеме обслуживания в сети. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, покрывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу на условиях распределения расходов в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в доступном и подходящем для вас формате, посещением специалиста по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, обратитесь с жалобой в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (ТТУ: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по телефону 1-800-368-1019 или ТТУ 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

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

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente.

El alcance completo de nuestras prácticas de privacidad se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y se puede encontrar en www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices y al final de su nuevo manual de miembro.

Debe saber que la información sobre su atención médica está protegida y es confidencial. Providence Health Assurance respeta la privacidad de nuestros miembros y tiene mucho cuidado al decidir cuándo es apropiado compartir información de salud. Para obtener más información, consulte el aviso disponible en www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices.

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Poder decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante:

Oregon Health Authority
Health Care Regulation and Quality Improvement
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97232
Teléfono: 971-673-0540
TTY: 711

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

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

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar 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.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar a Servicio al cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación se encuentra disponible en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y la tarjeta de Oregon Health Plan (Medicaid) cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos superiores (que se informan en su última declaración de impuestos), tiene que continuar pagando esta cantidad directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que use para manejar el problema depende de dos factores:

1. Si el problema se relaciona con los beneficios cubiertos por **Medicare** o por **Oregon Health Plan (Medicaid)**. Si desea recibir ayuda para decidir si tiene que usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al cliente.
2. El tipo de problema que tiene:
 - 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.

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

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

Sección 1.2 Acerca de los 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 y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al Servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Oregon Health Plan (Medicaid)

Método	Oregon Health Plan (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-800-273-0557 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711
ESCRIBA A	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
SITIO WEB	www.oregon.gov/oha/healthplan

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Como tiene Medicare y recibe asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid), tiene distintos procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. La elección del proceso depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Oregon Health Plan (Medicaid), debe usar el proceso de Oregon Health Plan (Medicaid). Si desea recibir ayuda para decidir si tiene que usar el proceso de Medicare o el proceso de Oregon Health Plan (Medicaid), o ambos, comuníquese con Servicio al cliente.

El proceso de Medicare y el proceso de Oregon Health Plan (Medicaid) se describen en distintas secciones de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use la tabla a continuación.

¿El problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)?

Si desea recibir ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicio al cliente.

Mi problema se relaciona con los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema se relaciona con la cobertura de **Oregon Health Plan (Medicaid)**.

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para las decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para los problemas o las quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionados con sus beneficios de **Medicare**, use la tabla a continuación:

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

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

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

Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	---

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red del plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estandarizado para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su doctor también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que se cubre y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene la cobertura 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 y usted no se siente satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos 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, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para recibir atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se debaten con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación**

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

- **Puede comunicarse con nosotros llamando al Servicio al cliente.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicio al cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms).
 - Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. 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 pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor lo está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

SECCIÓN 6 **Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la atención
--

En esta sección, se describen los beneficios que usted tiene en cuanto a la atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

con receta 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 cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, 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 determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--

Términos legales

<p>Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina determinación de la organización.</p>

<p>Una “decisión de cobertura rápida” se denomina decisión acelerada.</p>
--

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no puede hacer solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su doctor nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

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

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado.

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina reconsideración del plan.
--

Una apelación rápida también se denomina reconsideración acelerada .

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

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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted y/o su doctor deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

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

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

- Cuando revisamos su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - 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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos 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 con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal

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

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

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

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

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o proporcionar el servicio **en el plazo de 72 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en el plazo de 72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).**Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos por una factura que usted recibió por concepto de atención médica?**

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por concepto de servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenla. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede recibir un reembolso del proveedor de atención médica si respetó las reglas para obtener el servicio o artículo.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo, por lo general, en un plazo de 30 días calendario, pero como máximo 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3.

En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta 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
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

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

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

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4.**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

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

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

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

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

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

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

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. Las **decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su doctor ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web:

[https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-](https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D)

[forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D](https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D). El Capítulo 2 contiene información de contacto. Usted, la persona autorizada a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una decisión de cobertura mediante un correo electrónico seguro en el sitio web de Providence Health Assurance:

www.ProvidenceHealthAssurance.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 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 constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

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

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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

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

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

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 503-574-8000.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Usted, la persona autorizada a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una redeterminación (apelación) mediante un correo electrónico seguro completando el formulario de redeterminación de Providence Medicare Advantage Plans. Puede encontrarlo en nuestro sitio web indicado en el Capítulo 2, en www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

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

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión 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 usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**). También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--------------------	---

Dentro de los dos días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, comuníquese con Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicio al cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).**Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados 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 la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo 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 pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).**Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura****Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, podría tener todavía derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La 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 al Nivel 3 y más allá

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 una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

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 una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el **gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que aprobó el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

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 *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O a nuestro Servicio al cliente u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una decisión de cobertura rápida o ha solicitado una apelación rápida, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicio al cliente.** Si debe hacer algo más, Servicio al cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si tiene una queja, usted o su representante designado puede llamar al 503-574-8000 o 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede enviar su queja por escrito al Departamento de apelaciones y reclamos (Appeals and Grievance Department) a la siguiente dirección: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. 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 OREGON HEALTH PLAN (MEDICAID)

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid)

Sección 12.1 Cómo presentar una queja o un reclamo a través de Oregon Health Plan (Medicaid)

Si no está satisfecho con Oregon Health Plan (Medicaid), la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid), su proveedor o los servicios que recibe, puede presentar una queja o interponer un reclamo. Si forma parte de una Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid), llame al Servicio al cliente o envíeles una carta. El Servicio al cliente lo llamará o le responderá por escrito en el plazo de 5 días para proporcionarle una respuesta formal o indicarle que se necesita más tiempo para completar la revisión. Si se necesita más tiempo, se le proporcionará una respuesta formal a su queja en el

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

plazo de 30 días. Deben abordar su queja en el plazo de 30 días. Si es un cliente de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS), llame a Servicio al cliente de Oregon Health Plan (Medicaid) al 1-800-273-0557 (TTY 711).

Sección 12.2 Cómo apelar una decisión

Si su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) u Oregon Health Plan (Medicaid) le niegan, detienen o reducen un servicio de atención médica, odontológica o conductual que haya ordenado su proveedor, recibirá una carta de **“Notice of Action/Benefit Denial”** (Aviso de acción/denegación de beneficio) por correo. Esta carta explica por qué se tomó esa decisión. La carta le proporcionará instrucciones sobre cómo presentar una apelación a través de su cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid). Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a pedirnos que la cambiemos. Para hacerlo, debe solicitar una apelación. Debemos recibir su solicitud en el plazo de 60 días a partir de la “Fecha del aviso” que aparece en la carta de Notice of Action/Benefit Denial (Aviso de acción/denegación de beneficio).

En una apelación, su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) solicitará a un proveedor de atención médica que revise su caso. Para solicitar una apelación:

- Llame o escriba al Servicio al cliente de la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid).
- Llame o escriba a Oregon Health Plan (Medicaid) si tiene OHP con pago por servicio.

Cuando reciba la decisión de la apelación, si no está de acuerdo, puede pedir una audiencia. Debe hacerlo en el plazo de 120 días a partir de la “Fecha del aviso” que aparece en la carta de Notice of Appeal Resolution (Aviso de resolución de la apelación). La Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) incluirá este formulario cuando le envíe la carta de Notice of Action (Aviso de acción). También puede conseguir este formulario en su idioma de preferencia. Para hacerlo, llame a la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid), llame a Servicio al cliente de OHP o visite www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

Llame a su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) si necesita ayuda para solicitar una apelación. Recibirá un “Notice of Appeal Resolution” (Aviso de resolución de la apelación) de parte de esta organización en el plazo de 16 días. Este aviso le indicará si el revisor está de acuerdo o no con la decisión de OHP o de su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid). Mientras tanto, es posible que siga recibiendo el servicio que se va a cesar si hace lo siguiente:

- Le solicita a la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) que continúe con el servicio.
- Y lo solicita como máximo el décimo día después de la fecha del Notice of Action/Adverse Benefit Determination (Aviso de acción/determinación de beneficios adversa o del Notice of Appeal Resolution (Aviso de resolución de la apelación).

Si recibe la carta después de la fecha de entrada en vigencia, llame para recibir instrucciones. Si el revisor está de acuerdo con la decisión original, es posible que tenga que pagar los servicios

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).

que reciba después de la fecha de entrada en vigencia de la carta de Notice of Action/Benefit Denial (Aviso de acción/denegación de beneficio).

Si necesita una apelación rápida (acelerada)

Es posible que usted y su proveedor crean que tiene un problema médico, de salud mental u odontológico urgente que no puede esperar a una apelación regular. Si es el caso, informe a la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) que necesita una apelación rápida (acelerada). Envíele su solicitud por fax. Incluya una declaración de su proveedor o pídale a este que llame y explique la urgencia. Si su Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) concuerda con que es urgente, recibirá una llamada para informar la decisión en el plazo de 72 horas.

Apelaciones de proveedores

Su proveedor tiene derecho a apelar en su nombre si la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) deniega sus órdenes del doctor.

Sección 12.3	Cómo puede acceder a una audiencia imparcial estatal
---------------------	---

Los miembros de la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) y las personas de OHP de FFS pueden acceder a una audiencia ante un juez administrativo de Oregon. Tendrá 120 días a partir de la fecha que aparece en su “Notice of Appeal Resolution” (Aviso de resolución de la apelación) para solicitarle una audiencia a OHP.

Si no está de acuerdo con la decisión volcada en su carta de Notice of Appeal Resolution (Aviso de resolución de la apelación), puede solicitar una audiencia completando el formulario Denial of medical services Appeal and Hearing Request Form (Formulario de solicitud de apelación y audiencia por denegación de servicios médicos, DMAP 3302). La Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) incluirá este formulario cuando le envíe la carta de “Notice of Action/Benefit Denial” (Aviso de acción/denegación de beneficio). También puede conseguir este formulario en su idioma de preferencia. Para hacerlo, llame a la Organización de atención coordinada de Oregon Health Plan (Medicaid) o a Servicio al cliente de OHP. Además, puede encontrarlo en línea en www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

En la audiencia, puede decirle al juez por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué se deberían cubrir los servicios. No necesita un abogado, pero puede tener uno o pedirle a otra persona, como a su doctor, que lo acompañe. Si contrata a un abogado, debe pagar sus honorarios. O puede llamar a la línea pública de ayuda en relación con beneficios Public Benefits Hotline (un programa de Legal Aid Services of Oregon y Oregon Law Center) al 1-800-520-5292 (TTY 711), para recibir asesoramiento y una posible representación. Puede acceder a información sobre ayuda legal gratuita en www.oregonlawhelp.org.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).**Si necesita una audiencia rápida (acelerada)**

Es posible que usted y su proveedor crean que tiene un problema médico urgente que no puede esperar a una audiencia regular. Envíe su formulario de solicitud de audiencia a la Unidad de Audiencias de OHP al 503-945-6035. Incluya una declaración de su proveedor que explique la urgencia. Si el director médico de OHP concuerda con que es urgente, la Unidad de Audiencias lo llamará en el plazo de tres días laborales.

Sección 12.4 Aspectos importantes que debe saber

El personal del Servicio al cliente de Providence Health Assurance puede ayudarlo a presentar una queja. Si necesita ayuda, llame al 503-574-8000 o 1-800-603-2340 (TTY 711) y solicite hablar con un representante de Servicio al cliente.

El hecho de apelar una decisión no afectará la continuación del servicio con Providence Health Assurance. Sin embargo, es posible que deba pagar los servicios prestados durante el proceso de apelación si se confirma la decisión de denegarlos o limitarlos.

CAPÍTULO 10:

*Cancelación de su membresía en el
plan*

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (cuando lo decide usted) o **involuntaria** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que no elige dejar el plan, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, éste debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía únicamente durante determinados momentos del año. Como usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía del plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes. Esto incluye los siguientes:
 - 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 escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática).
 - O, si reúne los requisitos, un D-SNP integral que le proporcione los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le proporciona más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan comenzará también ese día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 -
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia 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 en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los beneficios nuevos de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes en el que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes después de adquirir el derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta 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, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Oregon Health Plan (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le proporciona más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

O

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

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia 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 en la inscripción automática.

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

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le proporcionan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y la Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicio al cliente.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. ○ Si se cambia 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 en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios en el marco del Oregon Health Plan (Medicaid), comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) a la línea gratuita: 1-800-273-0557, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte cómo el hecho de afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare afecta el modo en el que recibe su cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid).

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

Hasta que finalice su membresía en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de *pedido por correo* para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está internado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Oregon Health Plan (Medicaid). Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y para Oregon Health Plan (Medicaid). Cuando se informa al plan que ya no reúne estos requisitos de elegibilidad especial, tiene 30 días para reunir los requisitos de elegibilidad especial del plan. Si sigue sin reunir estos requisitos de nuestro plan cuando finalice este

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

plazo de 30 días, se cancelará su membresía en este plan. Recibirá un aviso de nuestra parte donde le informaremos el fin de su membresía y sus opciones.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicio al cliente para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar una cantidad adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con Servicio al cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan**¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, comuníquese con nosotros a través de Servicio al cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre circunstancias inusuales

Los siguientes son ejemplos de circunstancias inusuales: destrucción total o parcial de las instalaciones, motín de guerra, insurrección civil, conflictos laborales, que no estén bajo el control de Providence Health Assurance, catástrofe grave, incapacidad de una parte importante del personal del hospital, epidemia o causas similares. Si, debido a circunstancias inusuales, la prestación o el suministro de servicios y otros beneficios cubiertos por este acuerdo se retrasa o es impracticable, Providence Health Assurance, dentro de los límites de las instalaciones y el personal disponibles, hará todo lo posible para proporcionar los servicios y otros beneficios cubiertos por este acuerdo. Con respecto a las circunstancias inusuales, ni Providence Health Assurance, ni los hospitales, ni ningún doctor tendrán ninguna responsabilidad por la obligación a causa de la demora o la falta de prestación de servicios u otros beneficios.

SECCIÓN 5 Responsabilidad de terceros

En esta sección, se describen sus obligaciones si usted recibe servicios por los cuales cualquier tercero podría ser responsable. Un “tercero” es toda persona aparte de usted o de Providence (la “primera” y la “segunda” parte), e incluye a cualquier asegurador que proporcione alguna cobertura disponible para usted.

1. Una vez que se determine que un tercero es responsable de pagar los servicios que usted ha recibido y que puede hacerlo, Providence no cubrirá dichos servicios.
2. Providence necesitará información detallada de su parte. Providence Medicare Advantage Plans o un proveedor de subrogación contratado le enviará un cuestionario que deberá completar y devolver lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros. Un empleado de Providence Medicare Advantage Plans especializado en esta área puede ayudarle.
3. Si presenta un reclamo contra un tercero, debe informarle a esa parte de los intereses de Providence.
4. Hasta el máximo de lo permitido por Medicare, Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el dinero recuperado de un tercero, independientemente se describa o no la recuperación o si es para un propósito que no sean gastos médicos, e independientemente de si usted es “resarcido” o no por sus pérdidas. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por cualquier recuperación de una compensación laboral, independientemente de si se determina que una pérdida es compensable en virtud de esas leyes.
5. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el valor total de los beneficios, calculado según los cargos normales y habituales de Providence, menos una parte prorrateada de los gastos y los honorarios de los abogados en los que se haya incurrido para hacer la recuperación.
6. Antes de aceptar la resolución de un reclamo de un tercero, usted debe informarle a Providence por escrito los términos ofrecidos.

Capítulo 11 Avisos legales

7. Si el tercero no le hace el reembolso a Providence, deberá hacerlo usted. Providence podría solicitar reintegros de sus proveedores médicos, quienes luego le facturarán a usted.
8. Debe cooperar con Providence en la obtención de reembolsos de terceros en relación con los servicios que han sido cubiertos/pagados por Providence. Si contrata a un abogado, debe exigirle que facilite el reembolso a Providence, en la medida en que lo permita la ley, por cualquier recuperación de terceros.
9. Después de recibir una recuperación de un tercero, usted debe pagar todos los gastos médicos del tratamiento de la enfermedad o la lesión que, de otro modo, pagaría Providence.
10. Solo cuando demuestre satisfactoriamente para Providence que se ha agotado la recuperación, Providence comenzará a pagar de nuevo. Providence pagará la cantidad del costo de los servicios que exceda la recuperación neta.
11. Si no le hace el reembolso a Providence, este puede recuperar el reembolso de futuros beneficios que se adeuden en virtud de este plan o puede remitir su cuenta a una agencia de cobro externa a fin de recuperar el dinero adeudado.
12. Si usted no presenta un reclamo contra un tercero responsable, o si no coopera con Providence en un reclamo que usted presente, Providence puede cobrarle directamente al tercero. Hasta el máximo de lo permitido por Medicare, Providence puede asumir sus derechos contra un tercero, puede demandar al tercero en su nombre, puede intervenir en cualquier demanda que usted interponga y puede fijar un gravamen sobre cualquier recuperación en la medida en que Providence haya pagado beneficios o haya incurrido en gastos para obtener una recuperación.
13. Cualquier incumplimiento de sus obligaciones, tal como se describe en el presente documento, puede dar lugar, en la medida en que lo permita la legislación aplicable, a la denegación del pago de las prestaciones por parte de Providence y/o a la finalización de su cobertura.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Administrador de beneficios farmacéuticos (Pharmacy Benefit Manager, PBM): suele ser un administrador externo que se encarga de procesar y pagar los reclamos de medicamentos con receta en nombre de un plan de salud.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que se puede usar como reemplazo de un producto biosimilar original en la farmacia sin que se necesite una receta nueva porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares tienen la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales. Algunos biosimilares podrían reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Las cantidades que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud del Oregon Health Plan (Medicaid), usted no es responsable de pagar cualquier costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. **(Nota:** Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid), muy pocos alcanzan la cantidad máxima que paga de su bolsillo).

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Copago: una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de pagar el deducible, si corresponde.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo compartido: se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un “copago” fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en virtud de un único plan de salud para determinados grupos de personas que reúnen los requisitos para ambos, Medicaid y Medicare. Estas personas también se conocen como personas con elegibilidad doble de beneficios completos.

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

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año han alcanzado la cantidad máxima 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan le exige una autorización previa para un medicamento o si desea que lo eximamos de la restricción en los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real: un sitio web o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Máximo que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

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

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D. 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.

Oregon Health Plan (Medicaid) (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Oregon Health Plan (Medicaid) pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid).

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Personas con doble elegibilidad: persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y para la cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid).

Plan de 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 de Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que vivan en la comunidad, pero que requieran un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y la debe administrar una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que vivan en un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si fuera necesario para garantizar que se brinde una atención especializada uniforme.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en un centro de atención a largo plazo (LTC) de forma permanente durante 90 días o más. Estos centros pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); centros psiquiátricos para pacientes internados y/o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de atención sanitaria a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención sanitaria similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage con una o más afecciones crónicas específicas severas o incapacitantes, definidas en el Título 42, Sección 422.2 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas, definidas en el Título 42, Sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid), que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) de tipo médico y social para personas en situación de vulnerabilidad, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare o todos, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Producto biológico original: un producto biológico que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como la comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuentos de fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los productos biológicos y medicamentos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Servicio al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, atención odontológica o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que exige la atención médica inmediata pero que no está cubierto como una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra provisoriamente fuera del área de servicio del plan, o bien si, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no es razonable que reciba este servicio de proveedores de la red que tienen contratos con el plan. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. No obstante, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible provisoriamente.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Servicio al cliente de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Método	Servicio al cliente: información de contacto
LLAME AL	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. El Servicio al cliente también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana.
FAX	503-574-8608
ESCRIBA A	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
SITIO WEB	www.ProvidenceHealthAssurance.com

Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Oregon SHIP)

La Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-722-4134
TTY	711
ESCRIBA A	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 Correo electrónico: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
SITIO WEB	www.shiba.oregon.gov

Declaración sobre la divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。