



2026

Evidencia de cobertura

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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

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

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar.

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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con nuestro Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) .Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Esta llamada es gratuita.

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

Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. 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 2027.

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

H9047_2026PD_PHA1571_C

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

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

SECCIÓN 1	Usted es miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes para los miembros.....	9
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes.....	11
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual del plan.....	16
SECCIÓN 6	Mantenga nuestro registro de miembro del plan al día	16
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos..... 19

SECCIÓN 1	Contactos de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	19
SECCIÓN 2	Reciba ayuda de Medicare	24
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	26
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO)	26
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6	Medicaid	28
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	30
SECCIÓN 8	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	33
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	34
SECCIÓN 10	Obtenga ayuda de Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (ADRC) de Oregon.....	34

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 35

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	35
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	44
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	45
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	47
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	48

Índice**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto) 51**

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	51
SECCIÓN 2	La tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios y costos médicos	52
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	123
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por-nuestro plan	123

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 130

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de medicamentos de la Parte D	130
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....	131
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	135
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	137
SECCIÓN 5	Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera	139
SECCIÓN 6	La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año	141
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	143
SECCIÓN 8	Cómo obtener un medicamento con receta	145
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	145
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos.....	147

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 150

SECCIÓN 1	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D	150
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	153
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> le explica en qué etapa de pago se encuentra.....	153
SECCIÓN 4	No hay deducible para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	155
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	155
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	159
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales	159

Índice

SECCIÓN 8	Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D	159
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 162		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios o medicamentos cubiertos.....	162
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	165
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	166
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades..... 167		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	167
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	179
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 181		
SECCIÓN 1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	181
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	182
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	183
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	185
SECCIÓN 5	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	185
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	189
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	198
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto	209
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	214
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5.....	219
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	222
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	225

Índice

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	229
SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan.....	229
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	229
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	233
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	234
SECCIÓN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	234
CAPÍTULO 11: Avisos legales.....	238
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	238
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	238
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	239
SECCIÓN 4 Aviso sobre circunstancias inusuales.....	239
SECCIÓN 5 Responsabilidad de terceros	239
CAPÍTULO 12: Definiciones	243

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

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 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).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas que tienen 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 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. El plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de nuestro 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 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 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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 habitualmente. 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 de Medicare. Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios 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 Medicare, que incluye la cobertura para medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo 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 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

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

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). 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 Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

Nota: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en el plazo de un mes, seguirá siendo elegible para ser miembro. La Sección 2 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considere de elegibilidad continua.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y 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, 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, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas 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) (QMB+):** Ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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.

Sección 2.3 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 de nuestro 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 a un estado nuevo, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Encontrará los números de teléfono de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

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

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

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

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



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en 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 al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider enumera nuestros proveedores actuales de la red. 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). **Los proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 nuestras 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 que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

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

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

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	\$0
Cantidad máxima que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener detalles).	\$9,250 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 la Parte B.
Consultas en consultorio de atención primaria	\$0 por consulta
Consultas en consultorio a especialistas	\$0 por consulta
Hospitalizaciones	\$0 por consulta
Deducible de cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener detalles).	Deducible: \$0

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
<p>Cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta. • Para todos los demás medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta. <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <p>Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

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)
- Cantidad del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

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).

Si usted *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta Evidencia de cobertura no se aplica a su caso.** Le enviamos un documento separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “*Low-Income Subsidy Rider*” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “*LIS Rider*” (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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 Medicaid, además de tener las Partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), 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 Medicaid no está pagando sus primas de Medicare, debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para obtener la Parte A sin pagar la prima.

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, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos. La cobertura acreditable para medicamentos 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 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 **tiene** que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se afilia, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

- 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, 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 del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, la cantidad promedio de la prima fue de \$36.78. Esta cantidad puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$36.78, que es igual a \$5.149. Y se redondea en \$5.10. Esta cantidad se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.5 Cantidad del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

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

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

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

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

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

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

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

Los doctores, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

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

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no esté en la lista, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (“pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (“pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar 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.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

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

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

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

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

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Decisiones de cobertura sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto**

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
Fax	503-574-8646 o 1-800-249-7714
Escriba a	Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
Sitio web	www.ProvidenceHealthAssurance.com

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

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Apelaciones sobre la atención médica y/o los medicamentos de la Parte D: información de contacto**

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

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

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

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

Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).
-----------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Quejas sobre la atención médica y/o los medicamentos de la Parte D: información de contacto**

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

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

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

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.

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Solicitudes de pago: información de contacto		
Llame al	503-574-8000 o 1-800-603-2340 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).	
Fax	Para reclamos médicos 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	

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Medicare: información de contacto	
Llame al	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare de su área, incluso lo que cuestan y los servicios que proveen. • Encuentre los doctores u otros proveedores de atención médica que participan en Medicare. • Obtenga información sobre lo que cubre Medicare, incluso los servicios preventivos (como • las pruebas de detección, las vacunas y las consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y los formularios sobre las apelaciones ante Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los centros de cuidados, los hospitales, los doctores, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</p> <p>Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En 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.

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 (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a las personas que tienen Medicare en cada estado. Para 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

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

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

Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Oregon): 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 10:00 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 (número 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 determina la elegibilidad de Medicare y maneja las inscripciones en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 de servicios de salud de prioridad. 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 Medicaid, comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid).

Oregon Health Plan (Medicaid): información de contacto	
Llame al	1-800-273-0557 El horario es de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.
TTY	711
Escriba a	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
Sitio web	www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx

La Oficina de Defensoría del Gobernador (Governor's Advocacy Office, GAO) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon 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 nuestro plan.

Oficina de Defensoría del Gobernador (GAO) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon: información de contacto	
Llame al	1-800-442-5238 o 503-945-6904 El horario es de 8 a. m. a 5 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Oficina de Defensoría del Gobernador (GAO) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon: información de contacto**

Sitio web	www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx
------------------	--

El Defensor de atención a largo plazo de Oregon (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.

Defensor de atención a largo plazo de Oregon: información de contacto

Llame al	1-800-522-2602 o 503-378-6533 El horario es de 8 a. m. a 5 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 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

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

“Ayuda adicional” de Medicare.

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

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- 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; o

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- La oficina de Medicaid de su estado al 1-800-273-0557.

Si piensa que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en la farmacia, el plan tiene un proceso para ayudarlo a conseguir pruebas de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene pruebas de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir estas pruebas con nosotros.

- 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 de Oregon Health Plan (Medicaid) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - 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 el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar la cantidad correcta de copago cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más su copago, se lo devolveremos, ya sea con un cheque o con crédito para copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y tiene una deuda con ellos, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

tal vez le paguemos directamente al estado. Llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare, que también se encuentran 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, notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 971-673-0144 o 1-800-805-2313 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a manejar los costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al repartirlos en **el año calendario** (enero a diciembre). Las personas con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) pueden usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a manejar sus gastos, pero no hace que ahorre dinero ni que disminuya los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del SPAP y del ADAP, para quienes reúnen los requisitos, son más beneficiosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

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

Llame al	<p>855-742-2779</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>
Escriba a	<p>Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com</p>
Sitio web	<p>www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P</p>

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

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

Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto

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

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

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) con preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de Conexión de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (ADRC) de Oregon

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 nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan, consulte la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los doctores y otros profesionales de la salud autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago total. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

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

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

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

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

¿Qué es un PCP?

Cuando se inscribe en Providence Medicare 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

¿Cómo elegir un PCP?

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

Notifique a 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le enviaremos un aviso de que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud mental deja de participar en nuestro plan y usted ha sido atendido por ese proveedor en los últimos tres años, se lo notificaremos.
 - Si cualquier otro proveedor deja de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si lo atiende en la actualidad o si lo ha atendido en los últimos tres meses.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de la red calificado para que lo siga atendiendo.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que pueda continuar recibiendo los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le informaremos sobre los períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no estén disponibles o sean insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos dentro de la red. Tenga en cuenta que las normas de autorización previa pueden seguir aplicándose en este caso.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), interponer una reclamación sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consultar el Capítulo 9).

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

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

- Atención de emergencia o de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan o cuando los proveedores del área no estén disponibles temporalmente. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.
- Vacunas contra la gripe o la neumonía.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Examen ocular de rutina y lentes y accesorios para la vista de rutina. Para conocer más detalles sobre esta atención, consulte la Sección 2 del Capítulo 4.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. El plan debe dar la autorización antes de que busque atención médica. Su proveedor es responsable de solicitar la autorización antes de prestarle los servicios. Si se recibe la autorización, usted pagará lo mismo que si recibiera la atención de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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

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

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) solo puede 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, puede pedirnos que paguemos lo que nos corresponda del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre los pasos a seguir.

SECCIÓN 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

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. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar la totalidad del costo de los servicios.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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

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

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

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

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

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

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare “*Medicare y los estudios de investigación clínica*”, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan únicamente cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada; y

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- debe obtener la autorización de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

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

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

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

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

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

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

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

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se afilió a nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Ninguno de los pagos que ya hizo cuentan (ya sea que los haya hecho en nuestro plan o en Original Medicare).

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Providence Medicare 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 nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos

(lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en determinados servicios. Póngase en contacto con el Servicio al cliente para obtener información sobre las exclusiones o limitaciones que no figuran en esta *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos

Para los miembros de Oregon Health Plan (Medicaid) en el paquete de beneficios “OHP con medicamentos limitados”, Medicaid podría pagar únicamente las cantidades de costo compartido por los servicios que cubriría normalmente Medicaid. Comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) o su Organización de atención coordinada para obtener más información. Los miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) que estén inscritos en Health Share of Oregon/Providence para Medicaid no tendrán que pagar ningún costo de su bolsillo para ningún servicio médico cubierto por Medicare. Sí se aplican los costos compartidos de 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 Medicaid, muy pocos llegan a alcanzar 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 la Parte B.

Los planes de Medicare Advantage tienen límites sobre la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. A este límite se lo

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

denomina como la cantidad máxima que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, la cantidad MOOP es de \$9,250.**

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 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 \$9,250, 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 Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

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

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 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:

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

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

- 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 nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo y servicios en el hogar y la comunidad.
- 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 2026 [Medicare y usted 2026]* Véalo en línea en www.Medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos dichos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, 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 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.

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

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

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus costos de cobertura de medicamentos de Medicare, puede ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos y/o un costo compartido reducido específico.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- 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) Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD).
- (2) Trastornos autoinmunes:
 - (i) Poliarteritis nodosa.
 - (ii) Polimialgia reumática.
 - (iii) Polimiositis.
 - (iv) Dermatomiositis.
 - (v) Artritis reumatoide.
 - (vi) Lupus eritematoso sistémico.
 - (vii) Artritis psoriásica.
 - (viii) Esclerodermia.
- (3) Cáncer.
- (4) Trastornos cardiovasculares:
 - (i) Arritmias cardíacas.
 - (ii) Enfermedad coronaria.
 - (iii) Enfermedad vascular periférica.
 - (iv) Enfermedad de las válvulas del corazón.
- (5) Insuficiencia cardíaca crónica.
- (6) Demencia.
- (7) Diabetes mellitus.
- (8) Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
- (9) Enfermedad gastrointestinal crónica:
 - (i) Enfermedad del hígado crónica.
 - (ii) Enfermedad de hígado graso no alcohólico (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD).
 - (iii) Hepatitis B.
 - (iv) Hepatitis C.
 - (v) Pancreatitis.
 - (vi) Síndrome del intestino irritable.
 - (vii) Enfermedad inflamatoria del intestino.
- (10) Enfermedad renal crónica (Chronic kidney disease, CKD):
 - (i) Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (End-stage renal disease, ESRD).
 - (ii) Enfermedad renal crónica que no requiere diálisis.
- (11) Problemas hematológicos graves:
 - (i) Anemia aplásica.
 - (ii) Hemofilia.

- (iii) Púrpura trombocitopénica inmunológica.
- (iv) Síndrome mielodisplásico.
- (v) Anemia falciforme (sin incluir el rasgo de la célula falciforme).
- (vi) Trastorno tromboembólico venoso crónico.
- (12) VIH/SIDA.
- (13) Trastornos pulmonares crónicos:
 - (i) Asma, bronquitis crónica.
 - (ii) Fibrosis quística.
 - (iii) Enfisema.
 - (iv) Fibrosis pulmonar.
 - (v) Hipertensión pulmonar.
 - (vi) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- (14) Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes:
 - (i) Trastornos bipolares.
 - (ii) Trastornos depresivos mayores.
 - (iii) Trastorno paranoide.
 - (iv) Esquizofrenia.
 - (v) Trastorno esquizoafectivo.
 - (vi) Trastorno de estrés postraumático.
 - (vii) Trastornos de la alimentación.
 - (viii) Trastornos de ansiedad.
- (15) Trastornos neurológicos:
 - (i) Esclerosis lateral amiotrófica (amyotrophic lateral sclerosis, ALS).
 - (ii) Epilepsia.
 - (iii) Parálisis extensiva (p. ej., hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía).
 - (iv) Enfermedad de Huntington.
 - (v) Esclerosis múltiple.
 - (vi) Enfermedad de Parkinson.
 - (vii) Polineuropatía.
 - (viii) Fibromialgia.
 - (ix) Síndrome de fatiga crónica.
 - (x) Traumatismo de la médula espinal.
 - (xi) Estenosis espinal.
 - (xii) Déficit neurológico relacionado con apoplejía.
- (16) Apoplejía.
- (17) Atención posterior al trasplante de órganos.
- (18) Trastornos por inmunodeficiencia e inmunosupresión.
- (19) Afecciones relacionadas con el deterioro cognitivo:
 - (i) Enfermedad de Alzheimer.
 - (ii) Discapacidades intelectuales y discapacidades del desarrollo.
 - (iii) Lesiones cerebrales traumáticas.
 - (iv) Enfermedad mental incapacitante asociada al deterioro cognitivo.

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


- (v) Deterioro cognitivo leve.
- (20) Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:
 - (i) Traumatismo de la médula espinal.
 - (ii) Parálisis.
 - (iii) Pérdida de extremidades.
 - (iv) Apoplejía.
 - (v) Artritis.
- (21) Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
- (22) Afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o retengan el funcionamiento.
 - 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.
- Para obtener más información, consulte la fila de *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente para cuáles beneficios podría ser elegible.



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




- 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).


Tabla de beneficios médicos




Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: <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. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para acupuntura para el dolor lumbar crónico. 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).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los doctores (según la definición de la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</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> <p>Los proveedores hacen solicitudes de revisión de necesidad médica para los servicios de acupuntura a través de un agente que autoriza e informa a Providence Health Assurance que usted está empezando servicios de acupuntura.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, deberá documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</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 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por viaje sencillo en ambulancia por tierra cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por viaje sencillo en ambulancia aérea 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 califican (en general, personas que corren riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluso la interpretación de los resultados de un doctor.</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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) (continuación) 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.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del doctor. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Las consultas por rehabilitación cardíaca se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales. Las consultas por rehabilitación cardíaca intensivas se limitan a 36 sesiones en un período de 36 semanas. Si es médicamente necesario, puede recibir hasta 36 sesiones adicionales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare. 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).



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>
<p> Pruebas de detección de 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>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de quiropráctica*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual (es decir, usando las manos) de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o varios huesos de la columna se desplazan fuera de su posición) si recibe este servicio de un quiropráctico u otro proveedor cualificado. La manipulación manual es un tratamiento que usa presión activa para desplazar articulaciones y tejidos poco a poco. <p>Se excluye de la cobertura de Medicare todo servicio que no sea la manipulación manual para el tratamiento de la subluxación, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera tratamiento de mantenimiento cuando ya no se espera que la atención permanente y continua proporcione mejoras clínicas, y el tratamiento ya no es correctivo, sino de apoyo. • Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual portátil para agregar presión controlada durante el tratamiento. • Radiografías, masoterapia y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico). <p>Los servicios deben ser médicamente necesarios y están sujetos a la revisión y la autorización de la cobertura en la red. Los proveedores hacen solicitudes de revisión de necesidad médica para los servicios de quiropráctica a través de un agente que autoriza e informa a Providence Health Assurance que usted está empezando servicios de quiropráctica.</p> <p>* Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir una evaluación del dolor, administración de los medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido por este servicio variará según los servicios individuales que se provean en el transcurso del tratamiento.</p> <p>Los copagos de la consulta en el consultorio del PCP son de \$0 y los copagos de la consulta en el consultorio de un especialista son de \$0.</p>
<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 previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta transcurridos al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se llevó a cabo la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se podrá hacer el pago de una colonografía por tomografía computarizada transcurridos por lo menos 23 meses desde el mes en que se llevó a cabo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo, una vez cada 48 meses a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. <p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Análisis de ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en la sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios para ser considerados de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento tras un resultado positivo de una prueba de heces no invasiva de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extirpación de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en la misma consulta clínica. <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>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 los servicios odontológicos en determinadas circunstancias: concretamente, cuando dicho servicio es una parte esencial del tratamiento específico para la enfermedad primaria de la persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de algún tipo de cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:</p>	
<p>Servicios odontológicos* (continuación)</p> <p>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare:</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 o de la mandíbula que administre un doctor. 	<p>cada consulta odontológica cubierta por Medicare.</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 \$900, que podrá utilizar entre las 12:00 a. m. del 1 de enero de 2026 y las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2026. 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. • Esta asignación se puede utilizar para servicios no cubiertos por su plan de Oregon Health Plan (Medicaid). <p>Si tiene alguna pregunta sobre su tarjeta de débito o sobre los beneficios odontológicos, llame a 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 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Tiene una asignación de \$450 cada seis meses para cualquier servicio odontológico que elija.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre. Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 su nivel de glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <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>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<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> <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, Home Services u otro proveedor autorizado por el plan.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*</p> <p>Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3.</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 los productos de una marca o fabricante en particular, puede pedirle si pueden hacer una orden especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. El proveedor de DME de su área es Home Services. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</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).</p> <p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 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 a través de la red de farmacias minoristas, 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que recibe dentro de la red.</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 hospitalizados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que nuestro plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 ayudarlo 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. • Acondicionamiento físico en línea: Hay clases disponibles; consulte los horarios en el sitio web de acondicionamiento físico. <p>Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda para encontrar un centro de acondicionamiento físico participante, quiere inscribirse o saber más sobre el programa, póngase en contacto con el administrador de beneficios. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>
<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 recibe de parte de un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>Si está embarazada, cubrimos:</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>
<p>Atención de agencia de 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 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 Home Services u otro proveedor de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 nuestro plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. <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 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención de 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. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare que se encuentren en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que son de nuestra propiedad, que controlamos nosotros o en los que tenemos un interés financiero. El doctor de hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <p>Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si lo hace, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</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 de relevo, 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso de que se necesite obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibir el servicio, usted paga únicamente la cantidad del costo compartido de nuestro plan por los servicios en la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare. <p>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: 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 nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal para atención de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal para atención de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por la atención de hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</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>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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención para pacientes hospitalizados*</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Usted está cubierto durante días ilimitados por período de beneficio 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 necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de hospitalización por consumo de sustancias • Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible cada día para los días 1 a 90, incluidos los “días de reserva de por vida”.</p> <p>Usted paga todos los costos después de los “días de reserva de por vida”.</p> <p>Comuníquese con Servicio al cliente si tiene preguntas sobre este beneficio.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención para pacientes hospitalizados* (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 primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están también cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente hospitalizado. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios en hospitales de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Atención para pacientes hospitalizados* (continuación)</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 hospitalizado (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> <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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Sus beneficios de hospitalización se basan en la fecha de admisión.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios para pacientes hospitalizados 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 hospitalizados en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare. Tenga en cuenta que la cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida nunca se restablece. Por ejemplo, si Medicare pagó previamente su hospitalización en un hospital psiquiátrico durante 100 días, su plan solo pagará hasta 90 días de una futura estancia. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</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 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible cada día para los días 1 a 90, incluidos los “días de reserva de por vida”.</p> <p>Usted paga todos los costos después de los “días de reserva de por vida”.</p> <p>Comuníquese con Servicio al cliente si tiene preguntas sobre este beneficio.</p> <p>El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando no haya recibido atención en el hospital como paciente hospitalizado 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 hospitalizados, independientemente de la afección, se contarán para el período de beneficios.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta*</p> <p>Si utilizó la totalidad de sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</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 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Los servicios y suministros enumerados a la izquierda se seguirán cubriendo según las cantidades del costo compartido que se muestran en las respectivas secciones de esta Tabla de beneficios médicos. Por ejemplo, la fisioterapia se cubrirá a la cantidad del costo compartido indicado en “Servicios de rehabilitación para pacientes externos”.</p>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 internación de agudos, de un hospital de internación psiquiátrica 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 afecciones 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. • Pueden aplicarse algunas restricciones y limitaciones. <p>No es necesario que haga nada para recibir este beneficio, ya que nos pondremos en contacto directamente con los miembros elegibles. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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.</p> <p>Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del doctor.</p> <p>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 las personas elegibles 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos 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 medicamento necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, puede necesitar exámenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían sumarse a los costos totales. Hable con su doctor acerca de qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos por trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. 	<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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y una persona correctamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que se toman por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone para convertirse en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, al momento de esta o dentro de las 48 horas posteriores, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Los medicamentos calciomiméticos y los quelantes de fosfato en el marco del sistema de pago de la ESRD, inclusive el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones 	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación)</p> <p>(como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y sonda gástrica). <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 de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	
<p>Línea de asesoramiento de enfermería</p> <p>¿Se trata de una situación médica potencialmente urgente? La línea de asesoramiento de enfermería está disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana. El personal de enfermería registrado le ayudará a determinar los siguientes pasos, desde tomar un analgésico hasta acudir a un centro de atención urgente.</p> <p>Tanto si llama por usted como por su hijo, nuestro personal de enfermería puede ayudarlo. Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la línea de asesoramiento de enfermería.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>
<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 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 diagnóstico por imágenes deben ser coordinados por el proveedor que los solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imágenes. • Pruebas especiales de diagnóstico, como ecografías y monitoreo con un monitor Holter. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. 	<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 imágenes y prueba de diagnóstico especial cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los yesos o los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. Análisis de laboratorio. Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y 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. Las pruebas diagnósticas, excepto las de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones cuando su doctor u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. 	<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> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de sangre. El costo compartido se basa en los beneficios de Original Medicare y depende del proceso y la manipulación de la sangre.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico para pacientes externos. <p>Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</p> <p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas y los procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 hospitalizado 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 hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficios en hospitales de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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>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 cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare.</p> <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> <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, incluso la atención en un programa de hospitalización parcial, si el doctor confirma que de lo contrario se necesitaría tratamiento con hospitalización. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</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! (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!)</i>. 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 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 imágenes y prueba de diagnóstico especial cubiertos 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)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Fisioterapia, terapia ocupacional y 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>Todos los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional deben ser autorizados de forma ambulatoria. Las notificaciones para los servicios de rehabilitación se completan a través de un agente que autoriza en nombre de Providence Health Assurance. La notificación es la solicitud inicial que se presenta ante el agente que autoriza para informarle a Providence Health Assurance que usted está comenzando servicios de fisioterapia o terapia ocupacional. El agente que autoriza determina si se aprueban las solicitudes o si se necesita una revisión de necesidad médica.</p> <p>*Se puede requerir autorización previa para los servicios de rehabilitación iniciales y las consultas posteriores.</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 cubiertas 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos*</p> <p>Los niveles de atención cubiertos para el trastorno por consumo de sustancias incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial/tratamiento diurno • 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 los medicamentos 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 para trastorno por consumo de sustancias deben recibirse de forma ambulatoria en un hospital, centro alternativo o consultorio del proveedor. Además, estos servicios deben ser prestados por un profesional de la salud conductual debidamente cualificado, o por un tercero bajo indicaciones del profesional.</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 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y en centros quirúrgicos ambulatorios*</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente externo y paga las cantidades del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.</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 de este capítulo para obtener más información.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Le damos una tarjeta de débito precargada con una asignación de \$40 cada tres meses para pagar artículos de salud y bienestar de venta libre (over-the-counter, 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>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, por internet o por 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>Para obtener ayuda o una lista de artículos aprobados y farmacias minoristas, visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts.</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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre.</p> <p>Tiene una asignación de \$40 cada tres meses (pedidos de artículos OTC mediante tarjeta minorista, catálogo, Internet, correo postal y teléfono).</p> <p>El dinero que no gaste se transferirá de un trimestre al siguiente y caducará al final del año calendario 2026.</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.</p>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos*</p> <p><i>La 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 que recibe en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El 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 que recibe en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de parejas y familias certificado (LMFT) o del consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</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 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)</p> <p>El Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS) le permite acceder a ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de emergencia. Solo tiene que pulsar el botón de su dispositivo para hablar con un operador capacitado que coordinará el envío de emergencia a su ubicación.</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 Servicio al cliente o para inscribirse, visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener información de contacto de los beneficios.</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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada 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>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)</p> <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. Determinados servicios de telesalud, entre ellos: atención primaria y especializada, atención de salud mental, tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias y opioides, ejercicio supervisado, terapia ocupacional y fisioterapia, servicios de logopedia, educación sobre la enfermedad renal, autocontrol de la diabetes y visitas de consulta y seguimiento de una estancia hospitalaria, cirugía o consulta al departamento de emergencias. <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. 	<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> <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>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. ○ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud con calificación federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor <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 está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. 	



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 la línea de asesoramiento de enfermería. ○ Correos electrónicos a través de una aplicación, como cuando envía un mensaje a su equipo de atención en MyChart. • 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. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare.</p>
<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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH.</p> <p>Si no tiene VIH, pero su doctor u otro profesional de atención médica determina que corre un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y servicios relacionados.</p> <p>Si reúne los requisitos, cubrimos los servicios, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa para inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluso evaluación de riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 evaluaciones de detección de VIH cada 12 meses. <p>Una evaluación de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla).</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 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>
<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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 dedicada, basada en la web, para las consultas urgentes en el mismo día, como cuando visita Providence ExpressCare Virtual en una tableta, un teléfono celular o una computadora. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de tecnología de acceso remoto no cubiertos por Medicare.</p>
<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 (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de este.</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>



Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)*</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes-años y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden de parte de un doctor o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.</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> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p> <p>La LDCT debe ser coordinada por el proveedor que la solicita a través del administrador de servicios de diagnóstico por imagen.</p> <p>Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</p> <p>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Prueba de detección para la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su doctor de atención primaria u otro proveedor de atención médica solicita una y usted cumple con estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene alto riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos por la prueba de detección una vez. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, siguió consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba anterior de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p>
<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 superintensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor.</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 cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios para tratar enfermedades renales*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <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. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Para obtener información sobre las cantidades del costo compartido para la hospitalización, consulte “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de beneficios médicos. • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p> <p>*Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada servicio educativo sobre enfermedades renales cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare.</p> <p>No hay un cargo adicional para los tratamientos de diálisis recibidos durante una hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada preparación para autodiálisis cubierta por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para equipos y suministros de autodiálisis en su hogar cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención médica a domicilio 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*</p> <p>(Para conocer la definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF).</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 atención de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • 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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los días 1 a 100 de un período de beneficios.</p> <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 un 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación)</p> <p>Generalmente, los servicios en un SNF los obtiene en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan a continuación, usted podrá pagar el costo compartido de la red por recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</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 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>Si ingresa en el centro en 2026 y no recibe el alta hasta 2027, es posible que la cantidad de su copago por día sea diferente.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento • Un doctor calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento <p>Cubrimos dos intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones de nivel intermedio o intensivo; el paciente puede obtener hasta 8 sesiones al año).</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? Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</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. 	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p> Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere la coordinación intensiva de la atención. <p>Lista de afecciones crónicas:</p> <p>(1) Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD).</p> <p>(2) Trastornos autoinmunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Poliarteritis nodosa. (ii) Polimialgia reumática. (iii) Polimiositis. (iv) Dermatomiositis. (v) Artritis reumatoide. (vi) Lupus eritematoso sistémico. (vii) Artritis psoriásica. (viii) Esclerodermia. <p>(3) Cáncer.</p> <p>(4) Trastornos cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Arritmias cardíacas. (ii) Enfermedad coronaria. (iii) Enfermedad vascular periférica. (iv) Enfermedad de las válvulas del corazón. <p>(5) Insuficiencia cardíaca crónica.</p> <p>(6) Demencia.</p> <p>(7) Diabetes mellitus.</p> <p>(8) Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.</p> <p>(9) Enfermedad gastrointestinal crónica:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Enfermedad del hígado crónica. (ii) Enfermedad de hígado graso no alcohólico (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD). (iii) Hepatitis B. (iv) Hepatitis C. (v) Pancreatitis. (vi) Síndrome del intestino irritable. (vii) Enfermedad inflamatoria del intestino. <p>(10) Enfermedad renal crónica (Chronic kidney disease, CKD):</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Enfermedad renal crónica que requiere diálisis/enfermedad renal terminal (End-stage renal disease, ESRD). 	


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <p>(ii) Enfermedad renal crónica que no requiere diálisis.</p> <p>(11) Problemas hematológicos graves:</p> <p>(i) Anemia aplásica.</p> <p>(ii) Hemofilia.</p> <p>(iii) Púrpura trombocitopénica inmunológica.</p> <p>(iv) Síndrome mielodisplásico.</p> <p>(v) Anemia falciforme (sin incluir el rasgo de la célula falciforme).</p> <p>(vi) Trastorno tromboembólico venoso crónico.</p> <p>(12) VIH/SIDA.</p> <p>(13) Trastornos pulmonares crónicos:</p> <p>(i) Asma, bronquitis crónica.</p> <p>(ii) Fibrosis quística.</p> <p>(iii) Enfisema.</p> <p>(iv) Fibrosis pulmonar.</p> <p>(v) Hipertensión pulmonar.</p> <p>(vi) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).</p> <p>(14) Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes:</p> <p>(i) Trastornos bipolares.</p> <p>(ii) Trastornos depresivos mayores.</p> <p>(iii) Trastorno paranoide.</p> <p>(iv) Esquizofrenia.</p> <p>(v) Trastorno esquizoafectivo.</p> <p>(vi) Trastorno de estrés postraumático.</p> <p>(vii) Trastornos de la alimentación.</p> <p>(viii) Trastornos de ansiedad.</p> <p>(15) Trastornos neurológicos:</p> <p>(i) Esclerosis lateral amiotrófica (amyotrophic lateral sclerosis, ALS).</p> <p>(ii) Epilepsia.</p> <p>(iii) Parálisis extensiva (p. ej., hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía).</p> <p>(iv) Enfermedad de Huntington.</p> <p>(v) Esclerosis múltiple.</p> <p>(vi) Enfermedad de Parkinson.</p> <p>(vii) Polineuropatía.</p> <p>(viii) Fibromialgia.</p>	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> (ix) Síndrome de fatiga crónica. (x) Traumatismo de la médula espinal. (xi) Estenosis espinal. (xii) Déficit neurológico relacionado con apoplejía. <p>(16) Apoplejía.</p> <p>(17) Atención posterior al trasplante de órganos.</p> <p>(18) Trastornos por inmunodeficiencia e inmunosupresión.</p> <p>(19) Afecciones relacionadas con el deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Enfermedad de Alzheimer. (ii) Discapacidades intelectuales y discapacidades del desarrollo. (iii) Lesiones cerebrales traumáticas. (iv) Enfermedad mental incapacitante asociada al deterioro cognitivo. (v) Deterioro cognitivo leve. <p>(20) Afecciones con desafíos funcionales y que requieren servicios similares, incluidas las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Traumatismo de la médula espinal. (ii) Parálisis. (iii) Pérdida de extremidades. (iv) Apoplejía. (v) Artritis. <p>(21) Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.</p> <p>(22) Afecciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o retengan el funcionamiento.</p> <p>Alimentos y productos agrícolas</p> <p>Puede usar su asignación en tiendas aprobadas, como Walgreens, Safeway, Fred Meyer, QFC, CVS, Walmart y Dollar General/Family Dollar. Los distribuidores aprobados pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Los ejemplos de alimentos y productos agrícolas incluyen lo siguiente: pan, lácteos, frutas y vegetales, carnes y frutos del mar, arroz, pasta y huevos y sustitutos del huevo.</p>	<p>Los miembros elegibles tienen una asignación de \$200, cada tres meses, para alimentos y productos agrícolas. El dinero que no gaste se transferirá de un trimestre al siguiente y caducará al final del año calendario 2026.</p> <p>Para los miembros elegibles, no se requiere coseguro,</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</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 24 viajes sencillos de transporte no médico. ¿Quiere programar un viaje para una actividad próxima? Visite www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts para obtener la información de contacto de los beneficios.</p>	<p>copago ni deducible hasta los 24 viajes sencillos (máximo de 25 millas cada uno) por año calendario.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD).</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 kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <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>


Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio 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>Proporcionamos acceso a proveedores de atención de urgencia dentro de la red a través de una plataforma dedicada basada en la web para las consultas médicas en el mismo día. Visite Providence ExpressCare Virtual en una tableta, teléfono inteligente o computadora.</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 hospitalización una vez que su estado se haya estabilizado, debe conseguir que el plan autorice esa atención en régimen de hospitalización. Si se autoriza, el costo será el mismo que si recibiera la atención de hospitalización en un hospital de la red.</p> <p>Para obtener información sobre el costo compartido para pacientes hospitalizados, consulte la sección “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” 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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 ocular) para anteojos o lentes de contacto. •  Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma pueden ser: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. 	<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> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare por año calendario.</p>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<p>Atención de la vista (continuación)</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>*Es posible que este servicio requiera autorización previa. Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información.</p>	<p>No se requiere copago, coseguro ni deducible para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada operación de cataratas.</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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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. 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>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>

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<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 \$150 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetados de rutina, anteojos recetados de rutina, marcos de anteojos de rutina y/o mejoras como los tintes. Esto significa que pagaremos hasta \$150 por año calendario para material óptico de rutina. Los servicios de adaptación de lentes de contacto de rutina con receta están incluidos en el beneficio de material óptico de rutina. Cualquier cantidad facturada por el proveedor por encima de la asignación será su responsabilidad. Usted no está limitado a utilizar un proveedor de la red. Puede obtener su material óptico de rutina de cualquier proveedor calificado.</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>

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

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de 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 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 Servicios que no están cubiertos por-nuestro plan

En esta sección, se indican los servicios que se “excluyen”.

La siguiente tabla indica los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro 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 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo determinadas circunstancias-
Todos los costos relacionados con la maternidad y paternidad subrogada	No cubiertos en ninguna circunstancia.
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.
Cargos por no asistir a las citas o por no completar los formularios de reclamos	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Concepción por medios artificiales, como la fecundación in vitro, las transferencias intrafalopianas de cigotos y las transferencias intrafalopianas de gametos (Gamete Intra-Fallopian Transfers, GIFT)	No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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-
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse-	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Pruebas directas para el consumidor (también conocidas como autoevaluaciones, pruebas caseras o pruebas de venta libre), que se venden directamente a las personas a través de Internet, la televisión, anuncios en medios impresos u otros materiales de comercialización	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios o procedimientos de mejora programados o voluntarios	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica-	Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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 que incluye ayuda básica en el hogar, tal como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Adicionales para lentes para material óptico necesario por cataratas (es decir, tintes, revestimiento antirreflectante, lentes progresivas, lentes de gran tamaño, etc.), a menos que sea médicamente necesario.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
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	El transporte médico para casos que no sean de emergencia está cubierto por Oregon Health Plan (Medicaid) para las citas y farmacias cubiertas con aprobación previa del servicio de traslado.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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 de este capítulo.	La atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para pacientes hospitalizados o externos:
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético:
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicio privado de enfermería	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Programas de fortalecimiento psicológico o de autoayuda para personas mentalmente sanas.	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Informes, evaluaciones o exámenes físicos de rutina destinados principalmente para el seguro, las licencias, el empleo u otros fines de terceros y no preventivos	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos no recetados, inclusive dispositivos anticonceptivos implantables.	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:

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica de rutina, como empastes o dentaduras postizas.	Los servicios odontológicos preventivos están cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándares (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta lentes intraoculares.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o pruebas para adaptar los audífonos.	Oregon Health Plan (Medicaid) cubre audífonos y pilas relacionadas, suministro, ajuste y reparación. También cubre los servicios auditivos prestados por un doctor, audiólogo o especialista en audífonos autorizado.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios no cubiertos por Medicare	Oregon Health Plan (Medicaid) puede cubrir servicios no cubiertos por Medicare.
Servicios brindados en centros de Asuntos de Veteranos (VA)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios relacionados con dispositivos intrauterinos (DIU), incluidos la inserción del dispositivo y el dispositivo en sí mismo	Los servicios de dispositivos intrauterinos (DIU) podrían estar cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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 iseicónicas o no graduadas (lentes no recetadas), gafas de sol, y otros servicios y dispositivos de ayuda para la debilidad visual	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Tratamiento o asesoramiento en ausencia de enfermedad, incluido el asesoramiento matrimonial	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Peluca	Oregon Health Plan (Medicaid) cubre pelucas para personas que sufren pérdida de cabello debido a los tratamientos de quimioterapia o radioterapia.

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos 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 obtiene esa ayuda. Como participa en el 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 por separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider”, o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS (Los números de teléfono de Servicio al cliente figuran en la contraportada de este documento).

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otro profesional autorizado a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.

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

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

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

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

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

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

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si su farmacia deja de ser parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

Farmacias especializadas

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

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

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. Algunas farmacias minoristas de 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 al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

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

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

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

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

- La farmacia de la red de pedido por correo no puede conseguirle el medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna y a usted se le acaba el medicamento.
- El medicamento se le suministra mediante una farmacia institucional fuera de la red mientras usted se encuentra en un departamento de emergencias, una clínica especializada, un centro quirúrgico ambulatorio u otro entorno para pacientes externos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

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 www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

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

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

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

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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

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

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización de nuestro plan según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Se pueden conocer los criterios de autorización previa del plan llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web en https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_PA.pdf.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Se pueden conocer los criterios del tratamiento escalonado del plan llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web en https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_ST.pdf.

Límites de cantidad

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

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

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

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

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

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

- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y vivan 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 el suministro temporal, llame al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

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

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Se indican los procedimientos y plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **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 de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y retirar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que retiremos de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, 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 agregamos una versión genérica nueva de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones

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

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

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

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le emitió la receta sobre las opciones que serían mejores para usted, inclusive el cambio a un medicamento distinto para tratar su afección, o solicite una

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

decisión de cobertura que satisfaga cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que le emitió la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que 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 toma (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si 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 Medicaid excluye también el medicamento excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de 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. El uso *para una indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos para usted en virtud de la cobertura de medicamentos de 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 exija como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

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

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

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

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 lo que nos corresponda del costo del medicamento. Tiene que pagar a la farmacia *la parte que le corresponde a usted* del costo cuando le entreguen su medicamento con receta. Si Medicare no cubre un medicamento con receta, pero Medicaid sí lo cubre, tendrá que mostrar su tarjeta de Oregon Health Plan (Medicaid) para que le surtan la receta.

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

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

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada en el que nuestro plan cubre la estadía

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

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

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

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*

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

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos o esté restringido de alguna manera, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre recibir un suministro temporal o de emergencia.

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en atención de hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos)

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

que no estén cubiertos por los servicios de hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el profesional autorizado a dar recetas o su proveedor de hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor de hospicio o al profesional autorizado a dar recetas que provea una notificación antes de obtener su medicamento con receta.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes profesionales autorizados a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con esos profesionales autorizados a dar recetas para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario.

Trabajaremos junto con los profesionales autorizados a dar recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 6:

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

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

En este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

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

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

Dado que es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de los costos de su plan de medicamentos con receta y obtiene esa ayuda. Como recibe la “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*” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “*LIS Rider*” (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 1.1 Tipos de costos que podrá pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos**

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

- **El deducible** es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la parte que le corresponde.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

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

Medicare tiene normas sobre lo que se cuenta a favor de los costos que paga de su bolsillo y lo que no. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

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

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

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

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

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

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

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

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

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

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

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

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcanza los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le explicará que ya no está en la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que los registros que tenemos sobre sus gastos estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

Hay **tres etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Cuánto paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que está cuando obtiene un medicamento con receta o cuando lo repone. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

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

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

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

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamo de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de medicamento con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague la parte que nos corresponda del costo. Para ver las instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros efectúen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

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

- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

No hay deducible para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

No hay deducible para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene su primer medicamento con receta para el año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde lo obtiene.

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Para averiguar sobre cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- Una farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto**

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

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

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

	Costo compartido de minorista -estándar en la red (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.
	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.

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

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

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

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

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

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

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, usted puede recibir un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro por hasta 90 días.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sus costos para un *suministro a largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

	Costo compartido de minorista estándar (en la-red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Costo compartido	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.	Para los medicamentos genéricos, paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta.
	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.	Para el resto de los medicamentos, paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta.

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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

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

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

1. 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.
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.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar el detalle de estas vacunas en nuestra Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conocer los detalles de cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

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

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

1. Si una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no tienen ningún costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna propiamente dicha la puede dispensar una farmacia o puede proporcionarse en el consultorio del médico.

3. Quién le da la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede darle la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede dársela en el consultorio del doctor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 7:

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

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

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan por sus servicios y los medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o 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 nuestro 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 cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por los servicios médicos o los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. 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 por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

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

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

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

- 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 a nuestro 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.
 - 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 a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- 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. Solicítenos un reembolso por los servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte del costo que nos corresponda. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

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

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su doctor para reembolsarle la parte que nos corresponda del costo del 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 si el servicio o el medicamento debería estar cubierto o no. Esto se conoce como **tomar una decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos lo que nos corresponde del

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

costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 posee información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

- No tiene que utilizar los formularios, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms) o llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.
- Para reclamos de medicamentos con receta, incluya lo siguiente: nombre, dirección y teléfono de la farmacia; número de receta; fecha de servicio; nombre del medicamento; código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC); cantidad y días de suministro; nombre del proveedor; y costo/responsabilidad del miembro.
- Para reclamos médicos y de salud conductual, incluya lo siguiente: nombre, dirección y número de teléfono del proveedor; número de identificación fiscal; fecha del servicio; diagnóstico; descripción del artículo y código de procedimiento si está disponible; cualquier registro médico relacionado con el servicio; y cantidad cobrada y pagada.

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponda del costo del servicio o medicamento. Si usted ya pagó 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 pagó 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 nuestra parte del costo de 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 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos nuestra parte del costo de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Russian, Chinese (Simplified), Arabic, and Somali and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service at 503-574-8000 or 1 800 603 2340 (TTY users call 711).

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. También podemos proporcionarle los materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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, bản in cỡ chữ 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 y tế và phi y tế, được cung cấp một cách phù hợp 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 chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm 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 được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung (Giản thể), tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu 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 Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

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 để 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 không thể tìm được 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ, hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, hãy gọi để nộp khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân Quyền bằng cách gọi 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.1. Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она была понятна вам и соответствовала вашим культурным особенностям (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах)

Наш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом 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 наш план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения телетайпа (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, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском 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 по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несет 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 (телетайп: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по номеру 1-800-368-1019 или телетайп 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب علينا أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو مكتوبة بحروف كبيرة أو التنسيقات البديلة الأخرى، وما إلى ذلك)

تتطلب خطتنا ضمان أن يتم تقديم جميع الخدمات، سواء كانت سريرية أو غير سريرية، بطريقة تراعي الكفاءة الثقافية وتجعلها في متناول جميع المسجلين، بمن فيهم ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، ومهارات القراءة المحدودة، وضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن الأمثلة على كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات المترجمين الفوريين، والمبرقات الكاتبة، أو اتصال TTY (هاتف نصي أو مبرقة كاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة للإجابة على أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. كما يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسطة) والعربية والصومالية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك المواد بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون تحمل أي تكلفة إذا كنت في حاجة إلى ذلك. كما أننا مطالبون بأن نقدم إليك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق يسهل الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة المناسبة لك، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711).

تتطلب خطتنا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة خطتنا لتخصص معين متاحين، فإن مسؤولية خطتنا تكمن في تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون إليك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، لن تدفع سوى المبلغ الذي تدفعه عادةً عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة. وإذا اكتشفت أنه يتعذر وجود اختصاصيين في شبكة خطتنا لتغطية خدمة تحتاج إليها، فاتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول مكان الحصول على هذه الخدمة بالتكلفة نفسها التي تتحملها عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك ويمكن الوصول إليه، أو رؤية اختصاصي صحة المرأة، أو العثور على اختصاصي شبكة، فاتصل لتقديم شكوى إلى خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711). يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية من خلال الاتصال بـ 1-800-368-1019 أو الاتصال بـ 1-800-537-7697 بالنسبة إلى مستخدمي TTY.

第 1.1 部分 我们必须以符合您需求且尊重您文化敏感性的方式提供信息（包括以英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划旨在确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景的方式提供，并且方便于所有参保人，包括英语能力有限者、阅读能力有限者、听力障碍者，以及具有多元文化和种族背景的人群。本计划满足这些无障碍要求的方式，包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）沟通服务。

非英语母语的会员在使用本计划服务时如果遇到疑问，可借助我们提供的免费口译服务获得解答。本文件可免费提供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。如果您需要，我们还可以免费为您提供盲文、大字体或其他替代格式的材料。我们必须以方便您且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。如需以符合您需求的方式从我们这里获取信息，请拨打 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

我们的计划必须为女性参保人提供专属选择，使她们能够直接联系网络内的女性健康专科医生，获取女性常规及预防健康护理服务。

如果本计划网络内某专科的医疗服务提供者无法提供服务，本计划有责任为您寻找网络外的专科医疗服务提供者，以确保您获得必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内的分担费用。如果您发现，在我们计划的网络内没有专科医生可提供所需服务，请致电我们的计划，了解如何以网络内费用分担的方式获得该服务。

如果您遇到任何困难，包括以方便您且适合您的方式获取本计划信息、看女性健康专科医生，以及寻找网络内专科医生，请致电客户服务部提交投诉：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY：711）。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接拨打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，联系公民权利办公室。

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Qaybta 1.1 Waa inaan ku siino macluumaadka qaab adiga kugu habboon oo waafaqsan fahamka dhaqankaaga (luqadaha aan ka ahayn Ingiriisiga, qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan, iwm.)

Qorshaheenu wuxuu u baahan yahay inaan hubinno in dhammaan adeegyada, oo ay ku jiraan kuwa klinikal iyo kuwa aan klinikal ahayn labadaba, loo bixiyo hab dhaqan ahaan ku habboon oo ay heli karaan dhammaan dadka isdiiwaangashan, oo ay ku jiraan dadka leh aqoonta luqadda Ingiriisiga oo xaddidan, xirfadaha akhriska oo xaddidan, naafo maqal ah, ama dadka leh dhaqamo kala duwan iyo asal qowmiyadeed. Tusaalooyinka sida qorshahayagu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn, bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada tarjumaanka, qalabka qoraalka ee maqalka, ama xiriirka TTY (taleefan qoraal ah ama qalabka farriimaha qoraalka ah).

Qorshahayagu waxa uu leeyahay adeegyo turjubaan oo bilaash ah oo diyaar u ah si looga jawaabo su'aalaha la waydiiyo xubnaha aan ku hadlin luqadda Ingiriisiga. Dukumeentigan waxaa lagu heli karaa lacag la'aan ah luqadaha Isbaanishka, Fiyatnaamiis, Ruushka, Shiine (La fududeeyay), Carabiga, iyo Soomaaliga. Waxaan sidoo kale ku siin karnaa agab qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan lacag la'aan haddii aad u baahan tahay. Waxaan u baahannahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan faa'iidooyinka qorshahayaga qaab ku fudud in la fahmo oo kugu habboon. Si aad macluumaad nooga hesho qaab kugu habboon, fadlan ka wac Adeegga Macaamiisha lambarka 503-574-8000 ama 1 800 603 2340 (Isticmaalayaasha TTY wac 711).

Qorsheheenu wuxuu u baahan yahay inaan siino qof dumar ah ee isdiiwaangashan ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan gudaha shabakadda si ay u helaan adeegyada daryeelka caafimaadka ee joogtada ah iyo ka hortagga haweenka.

Haddii bixiyeyaasha ee ku jira shabakadda qorshaheenu aan la heli karin, waxaa mas'uuliyadda qorshaheena inaan helno bixiyeyaal takhasus leh oo ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah. Xaaladdan, waxaad bixin doontaa oo keliya kharashka-wadaagga shabakadda gudaha. Haddii aad isku aragto xaalad aysan jirin dhakhaatiir takhasus leh oo ku jira shabakada qorshahayaga oo daboolaya adeegga aad u baahan tahay, wac qorshahayaga macluumaadka ku saabsan halka aad u tagto si aad u hesho adeeggan kharashka-wadaagga shabakada gudaha.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Haddii aad haysato wax dhibaato ah oo ku saabsan helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli oo kugu habboon, la kulanka dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan, ama helitaanka takhasuska shabakadda, wac Adeegga Macaamiisha si aad cabasho u gudbiso lambarka 503-574-8000 ama 1-800-603-2340 (TTY: 711). Waxaad sidoo kale cabasho u gudbin kartaa Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah ula xiriiri kara Xafiiska Xuquuqda Madaniga ah (Office for Civil Rights) adigoo wacaya 1-800-368-1019 ama TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o la de la persona a quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

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

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

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

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra 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 al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: “apelación”.

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

Cómo establecer instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde haya obtenido este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas.** Entrégueles una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**
- En el hospital se le preguntará si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

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

Si no se respetan sus instrucciones

Si firma instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no respetó 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
Fax: 971-673-0556
Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov

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

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

Sección 1.7 Si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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:

- **Llame a Servicio al cliente del plan al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) de su localidad al 1-800-722-4134**
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)**

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) de su localidad al 1-800-722-4134**
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre los servicios médicos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de atención médica o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
 - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan (a menos que Medicaid pague estas primas por usted).
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte que le corresponda del costo cuando recibe el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los 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 **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si tiene que usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
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 reclamaciones).

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

La información incluida en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que tiene que hacer.

Sección 1.1 Términos legales

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

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

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para conseguir la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para conseguir ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Hay dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. En Oregon el SHIP se conoce como Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Benefits Assistance, SHIBA). Llame a SHIBA al 1-800-722-4134 o visite www.shiba.oregon.gov.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

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

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/HSD/OHP/pages/help.aspx

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, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 Medicaid?

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

Consulte la **Sección 4, Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema se relaciona con la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

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

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

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

Sí.

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

No.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura

SECCIÓN 5 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente, por **atención médica** hacemos referencia a servicios y artículos médicos y medicamentos de la Parte B de Medicare. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y las apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos su atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación a la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el doctor de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una

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

decisión de cobertura favorable, a menos que su doctor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deja en claro que el servicio remitido no está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su doctor también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no se siente satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, usted puede solicitar una **apelación rápida o acelerada** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para recibir atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se debaten con más detalle en la Sección 7.

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

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

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tiene que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicio al cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms.)
 - Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

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

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de parte de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para situaciones diferentes

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene distintas normas y plazos. Brindamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)).

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

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP).

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

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

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo y que anteriormente aprobábamos se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 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. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar se toma en general en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario en todos los demás artículos y servicios, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si los plazos estándares podrían poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad de recuperar la función.

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

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

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida se la proporcionaremos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si solicitó un artículo o servicio médico que no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. (Consulte la Sección 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 de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos

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

tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 11 para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

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

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

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelaré una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica, usted y/o su doctor deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 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.

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

- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

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

- Cuando 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 comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 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.

Capítulo 9 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 nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 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 en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información de su apelación.

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

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.

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

- Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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 estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en el plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente 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 que:
 - Explique la decisión.
 - Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica que está solicitando alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 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, envíenosla. **No pague usted la factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. 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 está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago 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.

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

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones de 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 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 y costos de los medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

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

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

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Pedir que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro 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**
- 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 tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Sección 7.2 Pedir una excepción

Términos legales:

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

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

Pedir pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción del nivel**.

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

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o el profesional autorizado a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted tendrá que pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a todos los medicamentos para los medicamentos de marca o para los medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción por la cantidad del costo compartido que debe pagar por el medicamento.
- 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 el profesional autorizado a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos una decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o del profesional autorizado a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no 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 de nuestro plan. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal:**

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

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. **Las decisiones de cobertura rápida** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o el profesional autorizado a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su doctor ni del profesional autorizado a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web <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, el profesional autorizado a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una decisión de cobertura

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

mediante un correo electrónico seguro en el sitio web de www.ProvidenceHealthAssurance.com. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado que está apelando.

Usted, su doctor (u otro profesional autorizado a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 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 el profesional autorizado a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o el profesional autorizado a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

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

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

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- 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 que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama redeterminación del plan.

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

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su doctor o el profesional autorizado a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otro profesional autorizado a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.ProvidenceHealthAssurance.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Usted, el profesional autorizado a dar recetas o el representante del miembro puede solicitar una redeterminación (apelación) mediante un correo electrónico seguro completando el formulario de redeterminación de Providence Medicare Advantage Plans. Puede encontrarlo en nuestro sitio web indicado en el Capítulo 2, en www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

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

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

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

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

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 por un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si todavía no recibió el medicamento y su salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 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.

Capítulo 9 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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otro profesional autorizado a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta

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

apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la entidad de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información de su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la

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

organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos 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 ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para obtener una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIBA). Llame a SHIBA al 1-800-722-41-34 o visite www.shiba.oregon.gov.

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

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, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener un modelo del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al

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

1-877-486-2048). O puede obtener un modelo del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión independiente la *acepta*, **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.**
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

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

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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en 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 tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 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

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.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar **una apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

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

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia de Beneficios del Seguro de Salud para Personas Mayores (SHIBA). Llame a SHIBA al 1-800-722-41-34 o visite www.shiba.oregon.gov.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que el gobierno federal les paga para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan acerca del momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo, y desea presentar la apelación, sigue teniendo derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad mediante la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también está en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le dé nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿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 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1.

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

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 independiente la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un 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 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no concluir.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no concluir.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 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 presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apeló alcanza una cantidad en dólares determinada, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los dos primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un 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 de derecho administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no concluir.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Presentación de quejas

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<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 un medicamento con receta.

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

Queja	Ejemplo
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?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si pidió una decisión de cobertura o presentó 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 pidió una decisión de cobertura rápida o 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 **reclamación**.

Presentar una queja se denomina **interponer una reclamación**.

Utilizar el proceso de quejas se denomina **usar el proceso para interponer una reclamación**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- Llamar al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711) es en general el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicio al cliente se lo indicará.

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

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si tiene una queja, usted o su representante designado pueden llamar al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede enviar su queja por escrito al Departamento de apelaciones y reclamaciones (Appeals and Grievance Department) a la siguiente dirección: Providence Health Assurance, Attn: Appeals and Grievances Department, P.O. Box 4158, Portland, OR 97208-4158.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.

Sección 11.4 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, diríjase a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Sección 12.1 Cómo presentar una queja o una reclamación 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 una reclamación. 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 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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).

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

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 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.

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

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 con 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, usted 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para recibir asesoramiento y una posible representación. Puede acceder a información sobre ayuda legal gratuita en www.oregonlawhelp.org.

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.

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

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 al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 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 nuestro plan

SECCIÓN 1 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 decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- Hay algunas situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 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 al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si escoge esta opción y recibe “Ayuda adicional”, 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 de Medicare, ya no recibe “Ayuda adicional” y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

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.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-273-0557 para informarse sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le proporciona más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **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 abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - 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.

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 de Medicare, ya no recibe “Ayuda adicional” y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los beneficiarios nuevos de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes en el que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes después de adquirir el derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 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 nuestro plan, llamar a Medicare, o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Oregon Health Plan (Medicaid).
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos períodos de inscripción especial. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de manejo 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 el caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- 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 de Medicare, ya no recibe “Ayuda adicional” y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos de la cobertura para medicamentos: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de 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 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- **Llamar al Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encontrar la información en el manual **Medicare & You 2026** (Medicare y Usted 2026).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura para medicamentos del nuevo plan.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llamar a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare, ya no recibe “Ayuda adicional” y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D 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), llame a Oregon Health Plan (Medicaid) a la línea gratuita: 1-800-273-0557, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe seguir recibiendo sus servicios y artículos médicos, y los medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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 Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y para Medicaid. Cuando se informa al plan que ya no reúne estos requisitos de elegibilidad especial, tendrá 1 mes para reunir los requisitos de elegibilidad especial del plan. Si sigue sin reunir estos requisitos de nuestro plan cuando finalice este plazo de 1 mes, se cancelará su membresía en este plan. Recibirá un aviso de nuestra parte donde le informaremos el fin de su membresía y sus opciones. Durante este período de 1 mes,

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, Oregon Health Plan (Medicaid) podría no seguir cubriendo los beneficios de 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 que Oregon Health Plan (Medicaid) cubriría si no fuera este el caso.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No 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 tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Providence Medicare 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 la membresía en nuestro plan

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si siente que le están pidiendo que deje el plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se podrán aplicar otras leyes federales y, bajo determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Providence Medicare 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.

Capítulo 11 Avisos legales

3. Si presenta un reclamo contra un tercero, debe informarle a esa parte de los intereses de Providence.
4. Hasta el máximo de lo permitido por Medicare, Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el dinero recuperado de un tercero, independientemente de que se describa o no la recuperación o si es para un propósito que no sean gastos médicos, e independientemente de si usted es “resarcido” o no por sus pérdidas. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por cualquier recuperación de una compensación laboral, independientemente de si se determina que una pérdida es compensable en virtud de esas leyes.
5. Providence tiene derecho a recibir un reembolso por el valor total de los beneficios, calculado según los cargos normales y habituales de Providence, menos una parte prorrateada de los gastos y los honorarios de los abogados en los que se haya incurrido para hacer la recuperación.
6. Antes de aceptar la resolución de un reclamo de un tercero, usted debe informarle a Providence por escrito los términos ofrecidos.
7. Si el tercero no le hace el reembolso a Providence, deberá hacerlo usted. Providence podría solicitar reintegros de sus proveedores médicos, quienes luego le facturarán a usted.
8. Debe cooperar con Providence en la obtención de reembolsos de terceros en relación con los servicios que han sido cubiertos/pagados por Providence. Si contrata a un abogado, debe exigirle que facilite el reembolso a Providence, en la medida en que lo permita la ley, por cualquier recuperación de terceros.
9. Después de recibir una recuperación de un tercero, usted debe pagar todos los gastos médicos del tratamiento de la enfermedad o la lesión que, de otro modo, pagaría Providence.
10. Solo cuando demuestre satisfactoriamente para Providence que se ha agotado la recuperación, Providence comenzará a pagar de nuevo. Providence pagará la cantidad del costo de los servicios que exceda la recuperación neta.
11. Si no le hace el reembolso a Providence, este puede recuperar el reembolso de futuros beneficios que se adeuden en virtud de este plan o puede remitir su cuenta a una agencia de cobro externa a fin de recuperar el dinero adeudado.
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

Capítulo 11 Avisos legales

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

Centro quirúrgico ambulatorio – Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación – Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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 un 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.

Producto biológico – Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares tienen la misma eficacia y seguridad que los productos biológicos originales. Algunos biosimilares podrían reemplazarse por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas – Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic Care Special Needs Plan, C-SNP) – Los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage con enfermedades crónicas específicas graves.

Coseguro – Una cantidad que pueden pedirle que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%) como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta, después de pagar el deducible.

Queja – El nombre formal para presentar una queja es **interponer una reclamación**. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) – Un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago – Una cantidad que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) cualquier copago fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier coseguro, un

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y la cantidad, si la hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan “**decisiones de cobertura**” en este documento.

Medicamentos cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – Cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidado asistencial – Cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada 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 una silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Servicio al cliente – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamaciones y sus apelaciones.

Costo compartido diario – Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan es de 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción – El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro – Una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans,

D-SNP) – Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, o todos los costos, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y para la cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME) – Ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

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

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros adjuntos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

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 del formulario).

Ayuda adicional – Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico – Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Reclamación – Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención médica a domicilio – Una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio – Un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – Es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso (IRMAA) – Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierta cantidad, pagará la cantidad estándar de la prima y una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso, también conocida como IRMAA (sigla en inglés de Income Related Monthly Adjustment Amount). IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapas de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial – Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de

7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

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.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP (sigla en inglés de Institutional Special Needs Plan) restringen la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante 90 días seguidos en determinados centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en los centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP) – Un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que se puede usar como reemplazo de un producto biosimilar original en la farmacia sin que se necesite una receta nueva porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos) – Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – Consulte “Ayuda adicional”.

Programa de descuentos de fabricantes – Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total 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.

Precio máximo justo – El precio negociado por Medicare por un medicamento seleccionado.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan a favor de la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Oregon Health Plan (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo a contar para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Oregon Health Plan (Medicaid), muy pocos llegan a alcanzar esta cantidad máxima que pagan de su bolsillo).

Medicaid (o asistencia médica) – Un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada – Un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicare – El programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El plazo de tiempo comprendido desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus 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),

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Servicios cubiertos por Medicare – Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, atención odontológica o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en nuestro plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE).

Cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporcionan a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM en general incluyen una charla con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – Seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – Una persona con Medicare, elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red – Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red – Proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “**proveedores del plan**”.

Período de inscripción abierta – El período entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de atención médica o medicamentos o pasarse a Original Medicare.

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 de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid).

Determinación de la organización – Una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Producto biológico original – Un producto biológico que fue aprobado por la FDA y que sirve como la comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan de Medicare con pago por servicio) – Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica las cantidades de pago establecidas por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo – Consulte la definición de “costo compartido” anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Máximo que paga de su bolsillo – La cantidad máxima que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Plan PACE – Un plan PACE (sigla en inglés de Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) de tipo médico y social para personas en situación de vulnerabilidad, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de los medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Una cantidad que se suma a su prima mensual del plan de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos 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 la cobertura de la Parte D u otra acreditable para medicamentos.

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.

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) – Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto 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).

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

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento le funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Proveedor de atención primaria (PCP) – El doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO) – Un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

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.

“Herramienta de visualización de beneficios en tiempo real” – Un portal o aplicación informática en el que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto bajo la Parte D por el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

Área de servicio – Una zona geográfica en la que debe vivir para afiliarse a un plan de salud determinado. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF) – Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

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.

Tratamiento escalonado – Una herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años y más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia cuando se encuentre provisoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan, o bien, dado el horario, el lugar y las circunstancias, no sea razonable que reciba este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reagudizaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas con proveedores rutinarias que sean médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran servicios de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible provisoriamente.

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

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 para la Reducción de Trámites. De acuerdo con la Ley para Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona

tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4- 26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Inserto de idiomas múltiples

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 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。