

2026

# EVIDENCIA DE COBERTURA

## Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)



JOHNS HOPKINS  
HEALTH PLANS



**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026**

## **Evidencia de Cobertura para 2026:**

### **Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)**

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

- La prima de nuestro plan y nuestro costo compartido
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

**Si desea hacer preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Horario de atención es de 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), es ofrecido por Johns Hopkins Advantage MD. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)).

Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y servicios y ayudas auxiliares apropiados de forma gratuita. Este aviso se proporciona en inglés y al menos en los 15 idiomas más comúnmente utilizados por las personas con dominio limitado del inglés en el área de servicio de nuestro plan. Este aviso también se proporciona en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran servicios y ayudas auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.

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

Su formulario, red de farmacias y/o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días por adelantado.

**Índice**

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

SECCIÓN 1    Usted es un miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) ..... 5

SECCIÓN 2    Requisitos de elegibilidad del plan ..... 6

SECCIÓN 3    Materiales importantes para miembros ..... 7

SECCIÓN 4    Resumen de costos importantes para 2026 ..... 9

SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual..... 14

SECCIÓN 6    Mantener actualizado su registro de miembro de nuestro plan ..... 16

SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 17

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

SECCIÓN 1    Contactos de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) ..... 19

SECCIÓN 2    Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 22

SECCIÓN 3    Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ..... 24

SECCIÓN 4    Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) ..... 25

SECCIÓN 5    Seguro Social ..... 26

SECCIÓN 6    Medicaid ..... 26

SECCIÓN 7    Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta..... 27

SECCIÓN 8    Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)..... 31

SECCIÓN 9    Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador..... 32

**CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos ..... 33**

SECCIÓN 1    Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan ..... 33

SECCIÓN 2    Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica..... 35

SECCIÓN 3    Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención..... 38

SECCIÓN 4    ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? . 40

SECCIÓN 5    Servicios médicos en un estudio de investigación clínica..... 40

|                                                                                                 |                                                                                                                                       |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SECCIÓN 6                                                                                       | Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica .....                                       | 42         |
| SECCIÓN 7                                                                                       | Normas para la posesión de equipo médico duradero.....                                                                                | 43         |
| <b>CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) .....</b> |                                                                                                                                       | <b>46</b>  |
| SECCIÓN 1                                                                                       | Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos .....                                                       | 46         |
| SECCIÓN 2                                                                                       | La Tabla de beneficios médicos le indica sus beneficios y costos médicos .....                                                        | 48         |
| SECCIÓN 3                                                                                       | Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones).....                                                                  | 107        |
| <b>CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....</b> |                                                                                                                                       | <b>111</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                       | Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D mediante nuestro plan .....                                            | 111        |
| 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 .....      | 112        |
| SECCIÓN 3                                                                                       | Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan .....                                                        | 116        |
| SECCIÓN 4                                                                                       | Medicamentos con restricciones de cobertura .....                                                                                     | 118        |
| SECCIÓN 5                                                                                       | ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? .....                     | 120        |
| SECCIÓN 6                                                                                       | Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....                                                         | 122        |
| SECCIÓN 7                                                                                       | Tipos de medicamentos que no cubrimos .....                                                                                           | 125        |
| SECCIÓN 8                                                                                       | Cómo surtir un medicamento .....                                                                                                      | 126        |
| SECCIÓN 9                                                                                       | Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....                                                              | 127        |
| SECCIÓN 10                                                                                      | Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.....                                                                | 128        |
| <b>CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D.....</b>          |                                                                                                                                       | <b>132</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                       | Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D .....                                                                  | 132        |
| SECCIÓN 2                                                                                       | ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)? .....                | 135        |
| SECCIÓN 3                                                                                       | Su <i>Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted..... | 135        |
| SECCIÓN 4                                                                                       | La Etapa del deducible .....                                                                                                          | 137        |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SECCIÓN 5                                                                                                                                          | La Etapa de cobertura inicial.....                                                                                                                                  | 137        |
| SECCIÓN 6                                                                                                                                          | Etapa de cobertura en situaciones catastróficas .....                                                                                                               | 142        |
| SECCIÓN 7                                                                                                                                          | Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D .....                                                                                                     | 142        |
| <b>CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</b> |                                                                                                                                                                     | <b>145</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                                                                          | Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos .....                                  | 145        |
| SECCIÓN 2                                                                                                                                          | Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....                                                                                            | 148        |
| SECCIÓN 3                                                                                                                                          | Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....                                                                                          | 148        |
| <b>CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades .....</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                     | <b>150</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                                                                          | Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales .....                                                                                           | 150        |
| SECCIÓN 2                                                                                                                                          | Sus derechos como miembro de nuestro plan .....                                                                                                                     | 155        |
| <b>CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..</b>                                              |                                                                                                                                                                     | <b>157</b> |
| SECCIÓN 1                                                                                                                                          | Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....                                                                                                                 | 157        |
| SECCIÓN 2                                                                                                                                          | Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....                                                                                                      | 157        |
| SECCIÓN 3                                                                                                                                          | Qué proceso utilizar para su problema .....                                                                                                                         | 158        |
| SECCIÓN 4                                                                                                                                          | Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones .....                                                                                      | 159        |
| SECCIÓN 5                                                                                                                                          | Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....                                                                           | 162        |
| SECCIÓN 6                                                                                                                                          | Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....                                                                 | 170        |
| SECCIÓN 7                                                                                                                                          | Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto ..... | 181        |
| SECCIÓN 8                                                                                                                                          | Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.....                               | 186        |
| SECCIÓN 9                                                                                                                                          | Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4, y 5 .....                                                                                                                | 190        |

|                     |                                                                                                                                          |            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SECCIÓN 10          | Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....        | 193        |
| <b>CAPÍTULO 10:</b> | <b>Cancelación de su membresía en nuestro plan.....</b>                                                                                  | <b>198</b> |
| SECCIÓN 1           | Cancelación de su membresía en nuestro plan .....                                                                                        | 198        |
| SECCIÓN 2           | ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....                                                                               | 198        |
| SECCIÓN 3           | Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....                                                                                          | 201        |
| SECCIÓN 4           | Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan ..... | 202        |
| SECCIÓN 5           | Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones .....                          | 202        |
| <b>CAPÍTULO 11:</b> | <b>Avisos legales .....</b>                                                                                                              | <b>204</b> |
| SECCIÓN 1           | Aviso sobre leyes vigentes .....                                                                                                         | 204        |
| SECCIÓN 2           | Aviso sobre no discriminación .....                                                                                                      | 204        |
| SECCIÓN 3           | Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....                                                          | 205        |
| <b>CAPÍTULO 12:</b> | <b>Definiciones .....</b>                                                                                                                | <b>206</b> |

# CAPÍTULO 1:

## Primeros pasos como miembro

### SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

---

#### Sección 1.1 Usted está inscrito en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura para atención médica y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes de los de Original Medicare.

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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

#### Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los cuales usted está inscrito en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite que hagamos cambios a nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Johns Hopkins Advantage MD Select

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

(HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cada año. Usted puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si elegimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

---

**SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan**

---

**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las condiciones que se indican a continuación:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

**Sección 2.2 Área de servicio del plan para Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)**

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Virginia: Alexandria City, Arlington, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Loudoun, Manassas City, y Prince William.

Si usted se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

### Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan por este motivo. Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

## SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

### Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

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



Member Name  
<F\_NAME M L\_NAME>

Member ID: <SBSB\_ID>  
Health Plan: H1339 001  
PCP: <PRPR\_NAME>  
Phone#: <PRAD\_PHONE>

RxBIN: 004336  
RxPCN: MEDDADV  
RxGRP: <MEMR\_MCTR\_RX\_GROUP>



Johns Hopkins Advantage MD Select  
(HMO)

Effective Date: <MEIA\_REQ\_DT>

In-Network

Office Visit Copay: <\$XX>  
Specialist Copay: <\$XX>  
Urgent Care Copay: <\$XX>  
ER Copay: <\$XX>

There are no out-of-network benefits.  
Members are fully liable for the cost of  
out-of-network services.



#### DO NOT BILL MEDICARE

Medicare limiting charges apply.

Submit medical claims to:  
Johns Hopkins Advantage MD  
PO Box 3537  
Scranton, PA 18505

Present this card at the time of service and  
with every prescription.

For benefit information call Customer  
Service (Members and Providers):  
1-877-293-4998  
TTY: 711 or visit  
www.hopkinsmedicare.com

24-hour Nurse Chat Line:  
1-888-202-8828

Over-the-Counter Health Solutions  
1-888-628-2770

For non-Medicare covered dental  
related inquiries, please contact  
DentaQuest: 1-844-231-8318

Prior Authorization: 1-877-293-4998  
Pharmacist Use Only: 1-866-693-4620

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

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar de inmediato al 711) para que le enviemos una nueva tarjeta.

### Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* ([www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/)) enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores**

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

**de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir su atención médica y servicios. Si acude a otro lugar sin la debida autorización tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones cuando no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más actualizada de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/).

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) de Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de Directorios de proveedores en papel se le enviarán en un plazo de 3 días hábiles.

### Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>.

### Sección 3.4 Lista de medicamentos (*formulario*)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada la Lista de medicamentos o el formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Medicare Drug Price Negotiation Program (Programa de Medicare para la negociación de precios de medicamentos) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en la Sección 2. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite [www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026**

|                                                                                                                                                                                                                          | Sus costos en 2026                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>*Su prima puede ser mayor que este monto.<br>Consulte la Sección 4.1 para conocer los detalles.                                                                                        | \$0                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para obtener detalles). | \$9,250                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Consultas de atención primaria en el consultorio</b>                                                                                                                                                                  | \$0 de copago por consulta                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Consultas en el consultorio de un especialista</b>                                                                                                                                                                    | \$30 de copago por consulta                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Hospitalizaciones</b>                                                                                                                                                                                                 | \$350 de copago por día por los días 1 al 5 y<br>\$0 de copago por día por los días 6 al 90<br>por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.<br>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida. |
| <b>Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte el Capítulo 6 Sección 4 para obtener detalles).                                                                                            | Deducible: \$250 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5.                                                         |

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

|                                                                                                                                                                                                             | Sus costos en 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cobertura para medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluyendo el deducible anual, Etapas de cobertura inicial y de cobertura en situaciones catastróficas). | <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago</li><li>Medicamentos de Nivel 2: \$10 de copago</li><li>Medicamentos de Nivel 3: 25% de coseguro</li></ul> <p>Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos de Nivel 4: 25% de coseguro</li></ul> <p>Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos de Nivel 5: 30% de coseguro</li></ul> <p>Usted paga \$35 de copago por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li></ul> |

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)

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

### Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).

Si *ya está* recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no aplicar en su caso**. Nosotros 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 denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)*), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían según el nivel de ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026), en la sección titulada Medicare Costs 2026 (Costos de Medicare de 2026). Descargue una copia en el sitio web de Medicare en ([www.Medicare.gov/medicare-and-you](http://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

**Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

### Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su asegurador o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Podría recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos de Medicare.
  - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web para descuento de medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos con receta.

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

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

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

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

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

**Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en 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 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso**

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

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare.

**Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

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

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare**

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

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

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

---

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

Pueden tres maneras pagar la multa.

**Opción 1: Pagar con cheque**

Puede pagar la prima de su plan con cheque mensualmente, y los pagos vencen el 1er día de cada mes. Los cheques pueden enviarse por correo directamente a: Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 419169 Boston, MA 02241-9169. Nota: Los cheques deben pagarse a Johns Hopkins Advantage MD, y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Health and Human Services Department HHS). No cobraremos por cheques devueltos.

**Opción 2: Transferencia electrónica de fondos**

Puede pagar su prima del plan haciendo que el Plan retire automáticamente el pago de su cuenta de cheques o de ahorros cada mes. Los pagos se deducirán aproximadamente el 5.º día de cada mes. Debe firmar una autorización para que los pagos se deduzcan automáticamente.

**Opción 3: Hacer que nuestra multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social**

**Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.** Si decide cambiar cómo paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, pueden pasar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento).

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

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

Debemos recibir su pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso en el que le informamos que su membresía en nuestro plan se cancelará si no recibimos el pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, en un plazo de tres meses. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar a 711) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó multa por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde,, usted tendrá la cobertura médica prestada por Original Medicare. Posiblemente no podrá recibir la cobertura para medicamentos de la Parte D sino hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el Período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que nos siga debiendo la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el pago el monto que adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si usted considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 1-877-293-4998 entre 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha de cancelación de su membresía.

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

No se nos permite cambiar 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 nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que comience a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si usted resulta ser elegible para Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

- 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 su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta.

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

## SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro de nuestro plan

---

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

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

### Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

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

Si hay algún cambio en esta información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

## **SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura para atención médica o cobertura para medicamentos que usted tenga de manera que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios que usted tiene a través de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas para atención médica o de cobertura para medicamentos que sean de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no será necesario que usted haga nada. Si la información no es correcta, o si usted cuenta con alguna otra cobertura que no se menciona, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Se le recomienda que dé el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador 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 primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)

## **Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

## CAPÍTULO 2:

# Números de teléfono y recursos

### SECCIÓN 1 Contactos de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

#### Servicios para los miembros: información de contacto

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | 1-877-293-4998<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.<br>1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje<br>Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Escriba a</b> | Johns Hopkins Advantage MD<br>P.O. Box 3538<br>Scranton, PA 18505                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Sitio web</b> | <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica y sus medicamentos de la Parte D: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | <b>Atención médica y Parte D:</b><br>1-877-293-4998<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje.                                                                                                                                  |
| <b>TTY</b>       | <b>Atención médica y Parte D:</b><br>711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Fax</b>       | <b>Atención médica:</b><br>1-855-206-9203 (decisiones de cobertura)<br>1-410-424-2806 (apelaciones)<br><b>Parte D:</b><br>1-855-633-7673                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Escriba a</b> | <b>Atención médica:</b><br>Decisiones de cobertura:<br>Johns Hopkins Advantage MD<br>P.O. Box 3538<br>Scranton, PA 18505<br><br>Apelaciones:<br>Johns Hopkins Advantage MD<br>Appeals<br>P.O. Box 8777<br>Elkridge, MD 21075<br><br><b>Parte D:</b><br>Decisiones de cobertura y apelaciones:<br>Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Part D Services<br>Coverage Determination & Appeal Dept.<br>P.O. Box 52000 MC 109<br>Phoenix, AZ 85072-2000 |
| <b>Sitio web</b> | <b>Atención médica y Parte D:</b><br><a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

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

**Quejas sobre la atención médica y sus medicamentos de la Parte D: información de contacto**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>              | <b>Atención médica y Parte D:</b><br>1-877-293-4998<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje. |
| <b>TTY</b>                   | <b>Atención médica y Parte D:</b><br>711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Fax</b>                   | <b>Atención médica:</b><br>1-855-825-7726<br><b>Parte D:</b><br>1-866-217-3353                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Escriba a</b>             | <b>Atención médica:</b><br>Johns Hopkins Advantage MD<br>P.O. Box 3507<br>Scranton, PA 18505<br><b>Parte D:</b><br>Johns Hopkins Advantage MD<br>c/o CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department<br>P.O. Box 30016<br>Pittsburgh, PA 15222-0330                                                                   |
| <b>Sitio web de Medicare</b> | Para presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) directamente a Medicare, ingrese a <a href="https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> .                                                                                                         |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de atención médica o de un medicamento que recibió**

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

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

**Solicitudes de pago: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | <b>Atención médica y Parte D:</b> 1-877-293-4998<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje. |
| <b>TTY</b>       | <b>Atención médica y Parte D:</b> 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Fax</b>       | <b>Atención médica:</b> 1-855-206-9203<br><b>Parte D:</b> 1-855-633-7673                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Escriba a</b> | <b>Atención médica:</b><br>Johns Hopkins Advantage MD<br>P.O. Box 3537<br>Scranton, PA 18505<br><b>Parte D:</b><br>Johns Hopkins Advantage MD<br>c/o CVS Caremark Part D Services<br>P.O. Box 52066<br>Phoenix, AZ 85072-2066                                                                                        |
| <b>Sitio web</b> | <b>Atención médica y Parte D:</b> <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>                                                                                                                                                                                                               |

**SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare**

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

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

| Medicare: información de contacto |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Llame al                          | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TTY                               | 1-877-486-2048<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Chat en vivo                      | Chat en vivo en <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Escriba a                         | Escriba a Medicare a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Sitio web                         | <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a> <ul style="list-style-type: none"><li>Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.</li><li>Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica y distribuidores que participan en Medicare.</li><li>Conozca qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inmunizaciones o vacunas y consultas anuales de “bienestar”).</li><li>Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.</li><li>Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, centros de cuidados, hospitales, médicos, agencia de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.</li><li>Buscar sitios web y números de teléfono útiles.</li></ul> También puede utilizar el sitio web <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO). |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Medicare: información de contacto**

**Para presentar una queja ante Medicare**, visite [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare. En Virginia, el SHIP se llama VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP).

VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

**VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP): información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | 1-800-552-3402<br>1-804-662-9333                                                                                                                                                       |
| <b>TTY</b>       | 711                                                                                                                                                                                    |
| <b>Escriba a</b> | Department for Aging and Rehabilitative Services<br>1610 Forest Avenue, Suite 100<br>Henrico, VA 23229<br><a href="mailto:aginginfo@dars.virginia.gov">aginginfo@dars.virginia.gov</a> |
| <b>Sitio web</b> | <a href="https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm">https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm</a>                                                                                            |

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

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Virginia, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Commence Health - Virginia's Quality Improvement Organization.

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

Comuníquese con Commence Health - Virginia's Quality Improvement Organization en cualquiera de estas situaciones:

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

| Commence Health - Virginia's Quality Improvement Organization: información de contacto |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Llame al                                                                               | 1-888-396-4646<br>9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes; y de 10 a.m. a 4 p.m. los sábados y domingos    |
| TTY                                                                                    | 711                                                                                                               |
| Escriba a                                                                              | BFCC-QIO Program/Commence Health<br>P.O. Box 2687<br>Virginia Beach, VA 23450                                     |
| Sitio web                                                                              | <a href="https://www.livantaqio.cms.gov/en/States/Virginia">https://www.livantaqio.cms.gov/en/States/Virginia</a> |

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****SECCIÓN 5 Seguro Social**

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

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

**Seguro Social: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | <p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.</p> |
| <b>TTY</b>       | <p>1-800-325-0778</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m.</p>                                                                                                                                                                   |
| <b>Sitio web</b> | <a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con Virginia Medicaid.

| <b>Virginia Medicaid: información de contacto</b> |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>                                   | 1-855-242-8282<br>1-804-786-7933<br>1-888-687-1501<br>8 a.m. a 7 p.m. (ET), de lunes a viernes; 9 a.m. a 12 p.m. (ET), sábados |
| <b>TTY</b>                                        | 1-888-221-1590                                                                                                                 |
| <b>Escriba a</b>                                  | Dept of Medical Assistance Services<br>600 E. Broad St.<br>Richmond, VA 23219                                                  |
| <b>Sitio web</b>                                  | <a href="https://www.dmas.virginia.gov/">https://www.dmas.virginia.gov/</a>                                                    |

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

### **Ayuda adicional de Medicare**

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

---

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

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

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

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

- Debe proporcionar a Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) uno de los siguientes elementos como prueba de su estado como beneficiario del Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se le considere elegible:
  - Una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad.
  - Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que muestre su estado para el Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) de Medicare.
  - Una copia de un documento del estado que confirme su estado activo en Medicaid.
  - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado de Medicaid.
  - Evidencia de una facturación reciente de Medicaid en un punto de venta y un pago en el perfil del paciente de la farmacia, respaldada por uno de los indicadores mencionados arriba después del punto de venta.
- Si está internado en una institución y reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” con su costo compartido, debe proporcionar uno de los siguientes documentos como comprobante de su estado como persona con doble elegibilidad y beneficios completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):
  - Un comprobante de un centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo.
  - Una copia de un documento del estado que confirme un pago de Medicaid al centro por un mes calendario completo.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

---

- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado a nivel institucional, con base a una estadía de al menos un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid.
- Debe enviar su documentación por correo a:  
Johns Hopkins Advantage MD  
P.O. Box 3538  
Scranton, PA 18505
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe una deuda, podríamos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Llame a Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

**¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?**

Muchos estados de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

En Virginia, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Virginia Medication Assistance Program (VA MAP). Consulte la tabla SPDAP a continuación.

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

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante The Virginia Medication Assistance Program (VA MAP).

A continuación, encontrará el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA que funciona en su estado.

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

| <b>The Virginia Medication Assistance Program (VA MAP)</b> |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>                                            | 1-855-362-0658<br>8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes (excepto feriados estatales)                               |
| <b>TTY</b>                                                 | 711<br>1-800-828-1120                                                                                                       |
| <b>Escriba a</b>                                           | Virginia Department of Health, HCS Unit<br>1st Floor, James Madison Building<br>109 Governor Street<br>Richmond, VA 23219   |
| <b>Sitio web</b>                                           | <a href="https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/">https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/</a> |

**Programas estatales de asistencia farmacéutica**

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Virginia, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es Virginia Medication Assistance Program (VA MAP).

| <b>Virginia Medication Assistance Program (VA MAP): información de contacto</b> |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>                                                                 | 1-855-362-0658<br>8:00 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes                                                             |
| <b>TTY</b>                                                                      | 711                                                                                                                             |
| <b>Escriba a</b>                                                                | Virginia Department of Health<br>HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building<br>109 Governor Street<br>Richmond, Virginia 23219 |
| <b>Sitio web</b>                                                                | <a href="https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/">https://www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/</a>     |

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

El Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona junto con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al extenderlos a través **del año calendario** (enero – diciembre). Cualquier persona que cuente con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare que tenga cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si usted está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, se renovará automáticamente su participación para 2026.** Para saber más acerca de esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

**El plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | 1-877-293-4998<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje.<br>1-877-293-4998 de Servicios para los miembros (los usuarios de TTY deben llamar a 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Escriba a</b> | Johns Hopkins Advantage MD<br>Medicare Prescription Payment Plan<br>P.O. Box 7<br>Pittsburgh, PA 15230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sitio web</b> | <a href="http://HopkinsMedicare.com/mppp">HopkinsMedicare.com/mppp</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

**SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)**

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

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

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | <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 RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.</p> <p>Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.</p> |
| <b>TTY</b>       | <p>1-312-751-4701</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Sitio web</b> | <a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

## CAPÍTULO 3:

# Cómo utilizar 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 su atención médica cubierta. Para obtener información detallada acerca de qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos que figura en el Capítulo 4.

#### Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. 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 a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde del costo 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 médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos, son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - Usted no requiere remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. A continuación, se muestran 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y conocer qué son los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, temporalmente, su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a este. El costo compartido que le paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser más alto que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis podría ser más alto.

## **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?**

- Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es un médico, enfermero con práctica médica, o un asistente médico que gestiona la atención primaria y preventiva de los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) y coordina las remisiones a especialistas y atención a pacientes internados.
- Un PCP puede ser un médico, un enfermero con práctica médica, o un asistente médico con una especialidad médica en medicina interna, medicina general, medicina geriátrica, medicina familiar, o un enfermero con práctica médica certificado con una especialidad clínica en atención de adultos, geriátrica, familiar, o cualquier otra especialidad permitida por el estado de Virginia para los CMS en relación con la participación en Medicare.
- La atención primaria incluye servicios integrales de atención de la salud y apoyo, y abarca la atención de enfermedades agudas, accidentes menores, atención de seguimiento para problemas médicos continuos y atención médica preventiva mejorada. El PCP proporciona la atención directamente o remite al miembro al servicio o especialista adecuado cuando los tratamientos están fuera de su ámbito de práctica.
- El consultorio del PCP es responsable de identificar las fuentes de la atención especializada, hacer remisiones y coordinar toda la atención.
- El PCP también le ayudará a obtener autorización previa para los servicios, en caso de ser necesario y dentro del ámbito de la práctica del PCP.

#### **¿Cómo elegir un PCP?**

Un miembro puede seleccionar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) del *Directorio de proveedores*. Los proveedores que tienen contrato con el plan como PCP se indican en la sección de Atención primaria del *Directorio de proveedores*. Si no elige un PCP cuando se inscribe por primera vez en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), el plan puede elegir uno por usted. Se le notificará por escrito si se selecciona un PCP para usted y puede cambiar esta selección de PCP en cualquier momento.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

**Cómo cambiar de PCP**

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

Para cambiar su PCP, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contratapa de este documento). El proceso de actualización es de 3-5 días hábiles.

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

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

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

Para ayudarle a obtener la atención que necesita y aprovechar al máximo su cobertura, el plan puede requerir la revisión de cierta información antes de determinar la cobertura de alguna atención, suministros o servicios; esto se denomina autorización previa. Nuestros revisores de enfermería clínica y médicos siguen las pautas establecidas para tomar estas decisiones de cobertura. Para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Para obtener una autorización previa, su proveedor de atención primaria o de atención especializada debe comunicarse a nuestra línea de Administración médica al 1-844-560-2856 o puede enviar la solicitud por fax al 1-855-704-5296.

Los PCP participantes deben remitir a proveedores participantes para que los servicios del miembro se procesen en el nivel del beneficio dentro la red.

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

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, continuar con los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o un beneficio no están disponibles o son insuficientes para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Se requiere una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo de calidad de la atención de nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

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

Los miembros pueden recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Para obtener información sobre cómo obtener servicios de diálisis fuera del área de servicio del plan, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Si no puede encontrar un proveedor de la red para los servicios médicos que necesita, puede llamar a Servicios para los miembros para que lo ayuden a encontrar un proveedor cerca de usted o para solicitar una autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red (los números de teléfono de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este documento).

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

---

### Sección 3.1    Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona laica prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o bien, la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

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

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 1-877-293-4998 (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los fines de semana y los días feriados tendrá que dejar un mensaje para que podamos ayudarlo.

### Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro 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 médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

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

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

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

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

El plan tiene contrato con centros de atención de urgencia en el área de servicio. Consulte el *Directorio de proveedores* o [www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/find-a-provider/) para encontrar el centro más cercano.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia o los servicios necesarios para tratar una enfermedad o lesión imprevista que no es de emergencia, o afección que requiera atención médica inmediata.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro 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 médica a través de nuestro plan.

Visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com) para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

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

---

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

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

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que paga de su bolsillo por servicios que exceden el límite del beneficio se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP), a menos que se especifique lo contrario en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4.

**SECCIÓN 5      Servicios médicos en un estudio de investigación clínica**

---

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

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

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

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

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

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

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos.

*Ejemplo de cómo funciona el costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que, como parte del estudio de investigación, le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100. La parte que le corresponde de los costos de este análisis es \$20 a través de Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 a través de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto por el análisis es \$10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente solo requiriese una tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare titulada Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

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

---

**Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas del miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

---

atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que obtiene de esta institución se le prestan en un centro se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - – y – usted debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria de Medicare para pacientes internados (consulte en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4).

## SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

---

### Sección 7.1 No adquirirá la propiedad de algunos equipos médicos duraderos 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,

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Otros tipos de DME, usted debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME tienen posesión del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), usted no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No tendrá la posesión, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Original Medicare antes de ingresar a nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

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

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

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cubrirá lo siguiente:

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

Si se va de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos**

---

5 años, puede optar por permanecer en la misma compañía o irse a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

## CAPÍTULO 4:

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

### SECCIÓN 1 Cuáles son los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

---

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO). Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites para ciertos servicios.

#### Sección 1.1 Costos que puede tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

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

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

#### Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los Planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

---

denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto MOOP es de \$9,250.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por sus medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (\*) en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$9,250, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

**Sección 1.3 No se les permite a los proveedores facturarle los saldos a usted**

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no tienen permitido cobrarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona la protección contra facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando usted tiene una remisión o en el caso de servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

---

- Si considera que un proveedor le facturó el saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al (711)).

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

---

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura para medicamentos de la Parte D se cubre en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

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

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*. También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se lo trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

**Tabla de beneficios médicos**

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></div> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</b> <p>Los servicios cubiertos incluyen:<br/>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>\$0 - \$30 de copago según el servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                     |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parta baja de la espalda - continuación</b></p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dura 12 semanas o más;</li><li>• 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.);</li><li>• no está relacionado con una cirugía; y</li><li>• no está relacionado con un embarazo.</li></ul> <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p><b>Requisitos del proveedor:</b></p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros con práctica médica (Nurse Practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• una maestría o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</li><li>• Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li></ul> <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo</p> |                             |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - continuación</b></p> <p>requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Servicios adicionales de acupuntura, atención quiropráctica de rutina y cuidado adicional de rutina de los pies</b></p> <p><b>Hopkins FlexCare</b></p> <p>FlexCare le proporciona cobertura para una combinación de 24 consultas cada año para servicios adicionales de acupuntura, atención quiropráctica de rutina y cuidado adicional de rutina de los pies.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>\$0 de copago*</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> | <p>\$300 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$300 de copago por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>El costo compartido se aplica a cada viaje de un tramo. El copago se aplica si ingresa en un hospital. Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Examen físico de rutina anual</b></p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la consulta anual de bienestar, una vez al año.</p> <p>Este examen incluye un historial médico/familiar detallado y la realización de una evaluación detallada de la cabeza a los pies con un examen práctico de todos los sistemas corporales.</p> <p>Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, órdenes de seguimiento para remisión a otros profesionales, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, electrocardiogramas (EKG), recomendaciones para exámenes preventivos, vacuna(s) y asesoramiento sobre comportamientos saludables.</p>                                                                                         | <p>\$0 de copago*</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                                                                                                                              |
| <p> <b>Consulta anual de bienestar</b></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 los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> 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 de <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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p> <p>El costo compartido adicional podría aplicarse si alguna prueba de laboratorio con fines de diagnóstico no preventivo u otro servicio no preventivo se proporcionan al momento de la consulta anual de bienestar.</p> |
| <p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (en general, son quienes corren riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios se cubren una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>                                                                                                                                                                                                                   | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                                        |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b><br><br>Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>                                      | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Solo las mamografías preventivas de rutina tienen un costo compartido cero. Para obtener información sobre las mamografías de diagnóstico, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos”.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b><br><br>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y tienen una orden del médico.<br><br>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.                     | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  <b>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b><br><br>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la terapia conductual intensiva de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <b>Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) - continuación</b></div> <p>brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sanamente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                                                            |
| <div> <b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b></div> <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>No requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>  |
| <div> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b></div> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</li><li>Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li></ul> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>\$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p>                                                                                         |
| <p><b>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</b></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 evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el tratamiento.</p> <p>\$0 - \$30 de copago según el servicio cubierto por Medicare.</p> |
| <p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario.</li><li>Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años y más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de pacientes que tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la</li></ul> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare, excepto enemas de bario, para los que podría aplicar un coseguro.</p>  |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal - continuación</b></div> <div><p>última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.</p><ul style="list-style-type: none"><li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</li><li>• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años y más. Una vez cada 12 meses.</li><li>• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li><li>• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.</li><li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li><li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li><li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</li></ul></div> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia por cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de un órgano.</p> <p><b>Además, cubrimos:</b></p> <p><b>Servicios dentales preventivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Radiografías dentales</b><br/>La frecuencia depende del procedimiento: • Serie completa de imágenes radiográficas intraorales o tomosíntesis intraoral, un set de imágenes radiografías verticales de aleta de mordida-7 a 8 radiografías, imagen radiográfica panorámica- una cada 3 años • Imagen radiográfica intraoral-oclusal-dos cada 2 años• Imagen radiográfica periapical por tomosíntesis intraoral – Una por año calendario • Radiografías de aleta de mordida (1-4 imágenes) o Imagen intraoral de aleta de mordida por tomosíntesis -una por año calendario<br/>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</li><li><b>Tratamiento con fluoruro</b><br/>Se limita a 2 tratamiento(s) con fluoruro cada año<br/>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</li><li><b>Exámenes orales</b><br/>La frecuencia depende del procedimiento: • Exámenes orales periódicos, Examen oral exhaustivo – centrado en el problema, Reevaluación – limitada centrada en el problema – dos por año calendario • Examen oral limitado – 3 por año calendario • Examen</li></ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago*</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <p>oral integral o examen periodontal integral – Uno cada 3 años por proveedor o ubicación<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Profilaxis (limpieza)</b><br/> Se limita a 2 limpieza(s) cada año<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales</b></p> <p>Los beneficios integrales NO cuentan para el límite anual que paga de su bolsillo. Hasta \$2,400 monto máximo de cobertura por todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios generales complementarios</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Dentaduras postizas completas y parciales, dentaduras postizas parciales fijas, implantes y servicios asociados, análisis de oclusión y ajuste completo- 1 cada 60 meses • Llamada a centro de cuidados ampliados/domicilio, hospital o centro quirúrgico ambulatorio - 6 por año • Consulta • Ajuste oclusal limitado - 1 por año • Tratamiento paliativo • Aplicación de medicamento desensibilizante - 2 por año • Anestesia • Procedimiento no especificado según informe<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</li> <li>• <b>Endodoncia</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Tratamiento y retratamiento de endodoncia, apicectomía perirradicular, empaste retrógrado - una vez por diente de por vida • Pulpectomía, desbridamiento pulpar - una vez por diente de por vida<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</li> <li>• <b>Servicios de implantes</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Implantes - uno cada 5 años por diente • Recementación de implantes - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial</li> </ul> | <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Cirugía oral y maxilofacial</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Alveoloplastia - 1 por cuadrante de por vida • Vestibuloplastia, frenulectomía, frenuloplastia - 1 por arco de por vida • Remoción de exostosis, torus palatino y mandibular, reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea - 2 de por vida • Cierre de fístula oroantral, cierre primario de una perforación sinusal - 2 por arco de por vida • Extracciones, coronectomía, acceso quirúrgico a un diente no erupcionado-una vez por diente • Otras intervenciones quirúrgicas<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles. </li> <li> <b>Periodoncia</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Gingivectomía, gingivoplastia, procedimiento de colgajo gingival, cirugía ósea, raspado periodontal y alisado radicular - una vez por cuadrante cada 3 años • Desbridamiento oral completo - una vez cada 3 años • Alargamiento clínico de corona en tejido duro - 1 por diente permanente de por vida<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles. </li> <li> <b>Prostodoncia - fija</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Dentadura postiza parcial - una cada 5 años • Reparación de dentadura postiza parcial fija con recementación o readhesión, dentaduras postizas parciales fijas - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles. </li> <li> <b>Prostodoncia - removible</b><br/> La frecuencia depende del procedimiento: • Dentadura postiza completa o inmediata - 1 cada 5 años • Ajustes de dentaduras postizas - 2 por año después de 6 meses de la colocación inicial • Reparación de dentaduras postizas y reemplazo/agregado de dientes - una vez por diente por año • Rebase o realineado de </li> </ul> | <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago*<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales - continuación</b></p> <p>dentaduras postizas - 1 cada 3 años después de 6 meses de la colocación inicial • Acondicionamiento de tejido<br/>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>• <b>Servicios de restauración</b><br/>La frecuencia depende del procedimiento: • Inlays, onlays – 1 cada 5 años • Coronas - 1 cada 5 años • Recementación o readhesión de inlay, onlay, coronas – una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial • Construcción del muñón, pernos y retención de perno, poste de metal y muñón - una vez por diente cada 5 años • Restauraciones con amalgama y resina - 1 cada 2 años • Restauración protectora – una vez por diente<br/>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p>Todos los servicios y costos se proporcionan en la sección “Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios” de este beneficio. Por los servicios cubiertos: Los servicios dentales reconocidos por la ADA están cubiertos, excluyendo únicamente los servicios cosméticos; los que se consideran de naturaleza médica; y los cambios administrativos.</p> <p>El raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, los procedimientos de mantenimiento periodontal y el tratamiento paliativo del dolor dental se consideran servicios preventivos y no tienen coseguro y están excluidos del máximo anual.</p> <p>Los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare solo están cubiertos después de una reconstrucción de la mandíbula, una lesión accidental o extracciones en preparación para un tratamiento de radiación.</p> <p>Los miembros deben consultar a un DentaQuest proveedor para utilizar este beneficio dentro de la red. Podrían aplicarse exclusiones.</p> <p>Cubrimos servicios dentales preventivos a través de DentaQuest. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 para ver si su proveedor dental está en nuestra red. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p> | <p>\$0 de copago*<br/><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>Existe un monto máximo de cobertura de \$2,400 cada año por servicios dentales integrales. Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p> <p>*Los beneficios dentales preventivos NO se tienen en cuenta para el límite anual que paga de su bolsillo.<br/>*Los beneficios dentales integrales NO se tienen en cuenta para el límite anual que paga de su bolsillo.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Prueba de detección de depresión</b><br><br><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>No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta para una prueba de detección de depresión anual.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>          |
|  <b>Prueba de detección de diabetes</b><br><br><p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad, o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Es posible que usted sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p> | <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
|  <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</b><br><br><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"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida</li> </ul>                 | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                        |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos - continuación</b></p> <p>por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas situaciones.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para leer una definición de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), consulte el Capítulo 12 y 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>Con este documento de Evidencia de Cobertura, le enviamos la lista de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO). La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubrimos. La lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>.</p> <p>Generalmente, Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted es un miembro nuevo de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra</p> | <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare cada mes.<br/>         Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.<br/>         Si antes de inscribirse en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) usted había realizado el pago del alquiler de 36 meses por la cobertura de equipo de</p> |

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - continuación</b></p> <p>lista, continuaremos pagando esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es lo adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>oxígeno, su costo compartido en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) es 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y</li> <li>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.</li> </ul> <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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos podrían ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso, o una afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p><b>Atención de emergencia en todo el mundo</b></p> <p>Usted está cubierto para atención de emergencia en todo el mundo.</p> | <p>\$115 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención O deberá recibir la autorización de nuestro plan para recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>\$115 de copago*</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que le corresponde pagar                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de emergencia - continuación</b></p> <p>Hasta \$50,000 de crédito cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo.</p> <p>Si usted tiene una emergencia o necesita con urgencia un servicio fuera de E.E. U.U. y sus territorios, usted será responsable del pago al momento en el que se le presten los servicios. Más adelante puede presentar sus reclamaciones y comprobante de pago para que se considere un reembolso (menos cualquier costo compartido que corresponda al miembro). No hay cobertura una vez que se le ingrese en el caso de una hospitalización.</p> <p><b>Atención de urgencia en todo el mundo</b></p> <p>Cobertura en todo el mundo para ‘servicios de urgencia’ cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni anticipaba, y no puede esperar hasta que regrese al área de servicio de nuestro plan para obtener los servicios.</p> <p>Hasta \$50,000 de crédito cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> | <p>\$40 de copago*</p>                                                         |
| <p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <p>El beneficio incluye:</p> <p><b>El programa Healthy Aging and Exercise (Envejecimiento saludable y ejercicios) de Silver&amp;Fit®</b></p> <p>Este programa se ofrece a los beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&amp;Fit, tiene las siguientes opciones disponibles sin costo alguno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Programa Get Started (Para comenzar): Al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio de su elección, que incluye instrucciones sobre cómo empezar y sugerencias de videos de ejercicios en línea.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>\$0 de copago*</p> <p>El beneficio incluye el acondicionamiento físico.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que le corresponde pagar |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <div> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación</b></div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>Más de 8,000 videos bajo pedido a través de la biblioteca digital del sitio web y la aplicación móvil, incluidas las Silver&amp;Fit Signature Series Classes®.</li><li>Membresía del centro de acondicionamiento físico: Puede acudir a los centros de acondicionamiento físico participantes cercanos a usted que formen parte del programa.* Muchos centros de acondicionamiento físico participantes podrían también ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.</li><li>Ya inscrito, podrá cambiarse a otro centro de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit participante una vez al mes y su cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente (es posible que deba completar un nuevo acuerdo de membresía en el centro de acondicionamiento físico).</li><li>Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Usted es elegible para recibir un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficio para distintas categorías de acondicionamiento físico.</li><li>Sesiones de Healthy Aging Coaching (Asesoramiento para el envejecimiento saludable) por teléfono con un entrenador capacitado en las que podrá tratar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud cerebral.</li><li>La herramienta Silver&amp;Fit Connected™ puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su actividad.</li><li>Clases para el envejecimiento saludable en línea. El programa Silver&amp;Fit tiene Something for Everyone®!</li></ul></div> <div><p>*Los servicios no estándar que requieren un cargo adicional no forman parte del programa Silver&amp;Fit y no se reembolsarán.</p><p>El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health</p></div> |                             |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Programas educativos sobre salud y bienestar - continuación</b><br><br><p>Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit, Silver&amp;Fit Signature Series, and Silver&amp;Fit Connected! son marcas comerciales de ASH. Los centros participantes y las cadenas de acondicionamiento físico pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios. Visite <a href="http://www.SilverandFit.com">www.SilverandFit.com</a> haga clic en REGISTER o comuníquese a Silver&amp;Fit al 1-877-427 4788 (TTY/TDD 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 9 p.m. hora estándar del este para inscribirse en el programa.</p> <p>Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 para obtener más información sobre los programas educativos sobre salud y bienestar ofrecidos por Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).</p> |                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios auditivos</b><br><br><p>Las evaluaciones auditivas y de equilibrio con fines de diagnóstico que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes externos cuando usted las recibe de parte de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><b>Los beneficios adicionales incluyen:</b><br/> <b>Exámenes auditivos adicionales de rutina</b><br/> Se limita a 1 consulta(s) cada año<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p><b>Prueba(s) para el ajuste de audífonos</b><br/> Sin límite de consultas cada año<br/> Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p> <p><b>Audífonos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Todos los tipos</b></li> </ul> <p>Se limita a 2 audífono(s) cada año</p>                                                                                                            | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$399 de copago por audífono en el caso de audífonos Advanced, \$699 de copago por</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios auditivos - continuación</b></p> <p>El beneficio está limitado a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores, y están disponibles en opciones de estilo recargable por una cuota adicional de \$50 por audífono. El beneficio se combina dentro y fuera de la red. Los miembros deben consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame a <b>1-844- 341-9733</b> para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra del audífono incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año</li><li>• Período de prueba de 60 días</li><li>• Garantía ampliada de 3 años</li><li>• 80 baterías por audífono en el caso de los modelos no recargables</li></ul> <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguna de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Costo adicional para la recargabilidad opcional de los audífonos</li><li>• Moldes de oídos</li><li>• Accesorios para los audífonos</li><li>• Consultas adicionales con el proveedor</li><li>• Baterías adicionales; baterías cuando se adquiere el audífono recargable</li><li>• Audífonos que no corresponden a la marca de audífonos TruHearing</li><li>• Costos relacionados con los reclamos de garantía por pérdida y daño</li></ul> | <p>audífono en el caso de audífonos Premium*</p> <p><b>\$50</b> de costo adicional por audífono para la recargabilidad opcional de los audífonos.</p> <p><i>*Los copagos por exámenes auditivos de rutina y audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios auditivos - continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Los costos relacionados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no tienen cobertura por parte del plan.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|  <b>Prueba de detección de VIH</b><br><br>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Una prueba de detección cada 12 meses.</li> </ul> Si usted está embarazada, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <b>Agencia de atención médica a domicilio</b><br><br>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran a través del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</li> <li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> <li>Servicios médicos y sociales</li> </ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p>                                                                                                                                                      |

**Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Agencia de atención médica a domicilio - continuación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos y suministros médicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tratamiento de infusión en el hogar</b> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención</li> <li>La capacitación y la educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>Supervisión remota</li> <li>Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar</li> </ul> | <p>0% - 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>El equipo y los suministros de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Consulte la fila de DME para obtener información sobre los costos compartidos.</p> <p>Los medicamentos de infusión en el hogar están cubiertos por su beneficio de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Consulte la fila de medicamentos de la Parte B de Medicare para obtener información sobre los costos compartidos.</p> |
| <b>Atención en un hospicio</b> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Original</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que le corresponde pagar                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención en un hospicio - continuación</b></p> <p>hospicios certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos aquellos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor</li><li>• Atención de alivio a corto plazo</li><li>• Atención a domicilio</li></ul> <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><b>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</b> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><b>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</b> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener un servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red</li></ul> | <p>Medicare, no Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO).</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que le corresponde pagar                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención en un hospicio - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare)</li> </ul> <p><b><u>En el caso de los servicios cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare:</u></b> Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p><b>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D:</b> Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> |                                                                                                                                 |
| <p> <b>Inmunizaciones</b></p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunas contra la neumonía</li> <li>Vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, y vacunas (o inmunizaciones) contra la gripe/influenza adicionales si son médicamente necesarias</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra neumonía, gripe/influenza, hepatitis B ni COVID-19.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <b>Inmunizaciones - continuación</b></div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>• Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li><li>• Vacunas contra COVID-19</li><li>• Otras vacunas si su salud está en riesgo y si estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li></ul><p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener más información.</p><p>Las vacunas de la Parte D, como Shingrix para la prevención del herpes zóster, deben administrarse en la farmacia. Consulte la “Lista de medicamentos” de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) para conocer las vacunas de la Parte D cubiertas.</p></div>                           | <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <div><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></div> <div><p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p><p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p><ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesaria)</li><li>• Comidas, incluye dietas especiales</li><li>• Servicios de enfermería permanentes</li><li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li><li>• Medicamentos</li><li>• Pruebas de laboratorio</li></ul></div> | <p>\$350 de copago por día por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare no corresponden. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones de términos importantes). Para recibir atención durante una hospitalización, se aplica el costo compartido que se</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Radiografías y otros servicios radiológicos</li><li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li><li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li><li>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</li><li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados</li><li>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.</li><li>• Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta.</li><li>• Servicios médicos</li></ul> | <p>describió anteriormente cada vez que tenga que internarse en un hospital. El traslado a un establecimiento de otro tipo (como un hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital para recibir tratamiento a largo plazo) se considera una nueva hospitalización. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados - continuación</b></p> <p><b>Nota:</b> Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare de Beneficios hospitalarios de Medicare (Medicare Hospital Benefits). La hoja de datos se encuentra disponible en internet en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> | <p>El costo compartido de observación para pacientes externos está explicado en Observación hospitalaria para pacientes externos (Outpatient Hospital Observation).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>\$350 de copago por día por los días 1 al 5 y \$0 de copago por día por los días 6 al 90 por atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos de atención de salud mental para pacientes internados que se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. (Puede ver la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado Definiciones</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>de palabras importantes). Sin embargo, los costos compartidos descritos anteriormente se aplican cada vez que sea ingresado en el hospital, inclusive si es ingresado varias veces durante un período de beneficios. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día de alta.</p>          |
| <b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b><br><br>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: | <p>Cuando su estadía ya no está cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que le corresponde pagar                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta - continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                              | Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Vendajes quirúrgicos</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos</li></ul> | Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente</li></ul>                                                                                                           | Consulte Dispositivos protésicos y suministros relacionados.                                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Consulte abajo Servicios de rehabilitación para pacientes externos.                            |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Terapia médica nutricional</b><br><br><p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden de su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego, 2 horas cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
|  <b>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b><br><br><p><b>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.</b></p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>                                                                                                                      | <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                      |
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Los siguientes grupos farmacológicos están sujetos a autorización previa y tratamiento escalonado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acromegalia de acción prolongada</li> <li>• Deficiencia de alfa-1 antitripsina</li> <li>• Anemia</li> <li>• Antimetabolitos</li> <li>• Infusión autoinmune/Infliximab</li> <li>• Infusión autoinmune/Otros</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Para ciertos medicamentos de la Parte B, es posible que deba probar primero un medicamento diferente.</p>                                                                                        |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avastin/Biosimilares (Oncología)</li><li>• Toxinas botulínicas</li><li>• MAb para el cáncer de mama</li><li>• Atrofia geográfica</li><li>• Neutropenia</li><li>• Fármacos hematopoyéticos – Hierro</li><li>• Hemofilia, enfermedad de Von Willebrand y trastornos hemorrágicos relacionados</li><li>• Amiloidosis hereditaria de transtiretina</li><li>• Inmunoglobulina intravenosa</li><li>• Inmunoglobulina subcutánea</li><li>• Trastornos del almacenamiento lisosómico</li><li>• Inhibidores mióticos</li><li>• Inhibidores del proteasoma para mieloma múltiple</li><li>• Esclerosis múltiple (infusión)</li><li>• Trastornos neurológicos</li><li>• Neuromuscular</li><li>• Osteoartritis, Viscosuplementos – Multiinyección</li><li>• Osteoartritis, Viscosuplementos – Inyección única</li><li>• Osteoporosis – Densidad ósea</li><li>• Osteoporosis – Hipercalcemia maligna</li><li>• Inhibidores del punto de control inmunitario PD1/L1 – Células basales y escamosas</li><li>• Inhibidores del punto de control inmunitario PD1/L1 - NSCLC</li><li>• Cáncer de próstata – Fármacos de liberación de la hormona luteinizante (LRHR)</li><li>• Cáncer de próstata – Fármacos antagonistas de liberación de la hormona luteinizante (LRHR)</li><li>• Fármacos para los trastornos de la retina – (DMAE) Degeneración macular asociada a la edad</li><li>• Rituximab</li><li>• Asma grave</li><li>• Enfermedad de células falciformes</li><li>• Trastuzumab</li></ul> | <p>0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. Pagará un máximo de \$35 por cada suministro de insulina cubierto por la Parte B para un mes. El deducible no se aplica a la insulina cubierta por la Parte B.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p><b>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p> <p>0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Lo que le corresponde pagar |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <p>Estos grupos farmacológicos podrían cambiar a lo largo del año de beneficios. Encontrará una lista completa de los medicamentos en <a href="http://www.hopkinsmedicare.com/members/rx-coverage-overview/">www.hopkinsmedicare.com/members/rx-coverage-overview/</a>. Las actualizaciones a la lista podrían ocurrir a lo largo del año y los cambios se agregarán con al menos 30 días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia.</p> <p><b>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio</li><li>• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria)</li><li>• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan</li><li>• El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y estudios de exploración y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué estudios de exploración y análisis puede necesitar como parte del tratamiento.</li><li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia</li><li>• Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante</li></ul> |                             |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <p>cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que recibe los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento</li><li>Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada</li><li>Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D.</li><li>Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted use como parte de un tratamiento de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas</li><li>Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B</li></ul> | <p><b>Medicamentos para quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare</b></p> <p>0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>El plan ofrece tratamiento escalonado para la Parte B a Parte B.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que le corresponde pagar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos calcimiméticos y medicamentos quelantes de fosfato según el sistema de pago de la ESRD, incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®</li><li>• Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos</li><li>• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)</li><li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias</li><li>• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas)</li></ul> <p>El siguiente enlace le remitirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: <a href="http://www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs">http://www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs</a>.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p> |                             |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <p><b>Servicios del programa de tratamiento para opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT)</li> <li>• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)</li> <li>• Asesoramiento sobre consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Pruebas toxicológicas</li> <li>• Actividades de admisión</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p>                                                                 |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Radiografías</li><li>Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros</li><li>Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes</li><li>Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones</li><li>Análisis de laboratorio</li><li>Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted u otra persona done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li><li>Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio como tomografías computarizadas (CT), imagen por resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKGs) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su</li></ul> | <p>\$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$200 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - continuación</b></p> <p>médico u otro proveedor de salud las ordena para tratar un problema médico.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. Servicios de diagnóstico que no son radiológicos</li><li>Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos -Servicios radiológicos de diagnóstico, sin incluir radiografías</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>\$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$200 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja de datos de <i>Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare)</i>. La hoja de datos se</p> | <p>\$325 de copago por estadía por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                            |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos - continuación</b></p> <p>encuentra disponible en internet en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios en un departamento de emergencias</li><li>• Servicios prestados en una clínica para pacientes externos</li><li>• Observación o cirugía para pacientes externos</li><li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li></ul> | <p>Consulte Atención de emergencia.</p> <p>Consulte Servicios de médicos/profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico.</p> <p>Consulte Observación hospitalaria para pacientes externos y Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención</li> <li>Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>Suministros médicos como entablillados y yesos</li> <li>Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i>” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en sitio web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o puede obtenerla 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>Consulte Atención de la salud mental para pacientes externos.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos.</p> <p>Consulte Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Servicios prestados por un psiquiatra</li><li>Servicios prestados por otros proveedores de atención de salud mental</li></ul> | <p>\$30 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$30 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.<br/><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$20 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.<br/><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos de pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos - continuación</b></p> <p>para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Servicios prestados por un fisioterapeuta o un terapeuta del habla y del lenguaje</li><li>Servicios prestados por un terapeuta ocupacional</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos por abuso de sustancias que proporciona un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, asistente médico que haya sido autorizado por el estado u otro profesional de la atención calificado por Medicare para abuso de sustancias, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>                                                                                       | <p>\$20 de copago por cada sesión individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare.</p>                                                                           |
| <p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.</p> |                                                                                                                                                                                                                       |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios prestados en un hospital para pacientes externos</li> <li>Servicios prestados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>\$325 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$250 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |
| <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Se ofrece una amplia selección de medicamentos, suministros y productos para el cuidado personal sin receta a través del beneficio de Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) del plan en 2026. Algunos ejemplos de artículos OTC incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suministros médicos y de primeros auxilios</li> <li>Tos, resfriado y alergia</li> <li>Analgésicos y auxiliares para dormir</li> <li>Cuidados personales</li> <li>Antiácidos, cuidado digestivo y laxantes</li> <li>Vitaminas y minerales</li> <li>Cuidado de los ojos, los oídos y los dientes</li> <li>Cuidado de la piel</li> <li>Movilidad y seguridad</li> <li>Naloxona</li> </ul> <p>Puede usar sus beneficios de artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) para comprar artículos, medicamentos y productos de venta libre aprobados por el plan. Usted recibirá una asignación de \$50 cada tres meses para gastar a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teléfono: <b>888-959-2069 (TTY: 711)</b>, 8 a.m. – 8 p.m. hora local.</li> <li>En línea: Visite <a href="https://jhnp.nationsbenefits.com">jhnp.nationsbenefits.com</a></li> </ul> | <p>\$0 de copago*</p> <p>El plan cubre \$50 cada tres meses. Cualquier monto no utilizado no se transfiere al siguiente período.</p>                                                                                    |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por correo postal: Llene y envíe por correo postal un formulario para hacer pedidos.</li> <li>• Comercio minorista: En tiendas minoristas participantes.</li> </ul> <p>Si no utiliza su asignación de artículos de venta libre durante el período elegible del beneficio, el saldo remanente no se transferirá hacia el siguiente período de beneficios.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio llame al <b>888-959-2069 (TTY: 711)</b>, 8 a.m. – 8 p.m. hora local.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o en un consultorio de asesores profesionales, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> | <p>\$0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>\$0 de copago por día por cada servicio cubierto por Medicare.<br/> <i>Se requiere una autorización previa.</i></p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios se llevan a cabo en un consultorio médico y realiza un proveedor de atención primaria</li><li>Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que se llevan a cabo en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación</li><li>Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li><li>Otros profesionales de la salud</li></ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte “Cirugía para pacientes externos” más arriba en esta tabla, para conocer los montos de costo compartido aplicables por consultas en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.</p> <p>\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 a \$30 de copago por cada consulta con otros profesionales de la salud cubierta por Medicare. Otros proveedores de salud, como asistentes médicos, enfermeros con práctica médica o trabajadores sociales que prestan atención en un entorno de PCP, tendrán \$0 de copago. Otros proveedores de salud, como asistentes médicos, enfermeros con práctica médica o trabajadores sociales que prestan atención en un entorno de un especialista, tendrán \$30 de copago. Otros proveedores de salud, como asistentes médicos, enfermeros con práctica médica o trabajadores sociales que prestan atención</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>en un entorno de PCP, tendrán \$0 de copago. Otros proveedores de salud, como asistentes médicos, enfermeros con práctica médica o trabajadores sociales que prestan atención en un entorno de un especialista, tendrán \$30 de copago.</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Exámenes auditivos básicos y de equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Determinados servicios de telesalud, incluidos: consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional.<ul style="list-style-type: none"><li>Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.</li><li>Usted puede usar un teléfono, una computadora, una tableta o cualquier otra tecnología para video.</li></ul></li></ul> | <p>Para beneficios adicionales de telesalud, usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios cuando estén disponibles por parte del proveedor de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Atención de urgencia -<br/><i>Johns Hopkins</i><br/><i>OnDemand Virtual Care</i></li><li>Atención médica a domicilio</li><li>Atención primaria</li><li>Especialista</li><li>Salud mental y abuso de sustancias por parte de pacientes externos</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Lo que le corresponde pagar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación</li><li>Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación</li><li>Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:<ul style="list-style-type: none"><li>Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud</li><li>Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li><li>Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias</li></ul></li><li>Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente</li><li>Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos <b>si</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>No es un paciente nuevo <b>y</b></li><li>El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li><li>El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible</li></ul></li></ul> |                             |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas <u>si</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las siguientes 24 horas o en la cita más cercana disponible</li> </ul> </li> <li>• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li> <li>• Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica cancerosa o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)</li> <li>• Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (Occupational Therapists, OT) calificados, fisioterapeutas (Physical Therapists, PT), patólogos del habla y el lenguaje (Speech-Language Pathologists, SLP) y audiólogos</li> </ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte Servicios de rehabilitación para pacientes externos.</p> |
| <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Usted es elegible para \$50 de crédito cada tres meses para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (Over-the-Counter, OTC).</p> <p>Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>\$0 de copago*</p>                                                                                                              |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lo que le corresponde pagar                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) - continuación</b></p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |
| <p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos)</li> <li>• Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>\$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                 |
| <p> <b>Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que usted está en un riesgo elevado de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si usted recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la cuota por la administración del medicamento.</li> <li>• Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas las de evaluación de riesgo de contraer VIH, reducción del riesgo de contraer VIH y de cumplimiento farmacológico) cada 12 meses.</li> <li>• Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses.</li> </ul> <p>Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por una única vez.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b><br><br>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal</li> <li>• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <b>Dispositivos protésicos, ortésicos y suministros relacionados</b><br><br>Dispositivos (salvo los dentales) que reemplazan a toda o una parte de una función o parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas, para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla. | <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere una autorización previa.</i></p>                                                                                                                                                      |
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b><br><br>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que tienen una orden para                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                    |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar - continuación</b></p> <p>recibir servicios de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>Tecnologías de acceso remoto</b></p> <p>El beneficio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Línea de ayuda de enfermería</b> - Disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana para dar respuesta a sus preguntas relacionadas con la salud. Llame al 1-888-202-8828 o visite <a href="https://www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat/">https://www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat/</a> para saber más acerca de comunicarse en línea con una enfermera.</li> </ul>                                                                                                                | <p>\$0 de copago* consultas a través del beneficio de la línea de ayuda de enfermería.</p>                                                                                                                                                                                           |
| <p> <b>Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></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.</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) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div data-bbox="142 359 185 415"></div> <div data-bbox="219 384 1026 457"><b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></div> <p data-bbox="142 514 1026 625">Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p data-bbox="142 646 1026 1115"><b>Los miembros elegibles son</b> personas de entre 50 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y son fumadores actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años y reciben una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas consulta que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada.</p> <p data-bbox="142 1136 1026 1528"><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.</p> | <p data-bbox="1062 514 1485 720">No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p> <p data-bbox="1062 751 1485 892">Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div data-bbox="142 359 185 413"></div> <div data-bbox="219 384 919 457"><b>Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</b></div> <p>Cubrimos una prueba de detección para hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y si usted cumple con una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Usted está en riesgo elevado porque usa o ha usado medicamentos inyectables ilícitos.</li><li>• Usted tuvo una transfusión sanguínea antes de 1992.</li><li>• Usted nació entre 1945 y 1965.</li></ul> <p>Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera que está en riesgo elevado, pagamos una sola vez por una prueba de detección. Si usted está en riesgo elevado (por ejemplo, usted ha seguido usando medicamentos inyectables ilícitos desde su más reciente prueba de detección para hepatitis C con resultados negativos), cubrimos las 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>                                                                                                                                                    |
| <div data-bbox="142 1157 185 1211"></div> <div data-bbox="219 1182 972 1297"><b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) y asesoramiento para prevenirlas</b></div> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por STI cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos, cara a cara y superintensivas de asesoramiento conductual por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un</p> | <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de STI y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <b>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) y asesoramiento para prevenirlas - continuación</b></div> <p>establecimiento de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b></div> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida</li><li>Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está inaccesible)</li><li>Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan en un hospital como paciente internado para recibir atención especial)</li><li>Capacitación para autodiálisis (incluye su capacitación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar)</li><li>Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar</li></ul> | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Estos servicios se cubrirán como se describe en las siguientes secciones: Consulte Atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios para tratar enfermedades renales - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)</li></ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte <b>Medicamentos de la Parte B</b> de esta tabla.</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Consulte Agencia de atención médica a domicilio.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p> <p>(Para obtener una definición de centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de atención de enfermería especializada se denominan SNF).</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li><li>Comidas, incluye dietas especiales</li><li>Servicios de enfermería especializada</li><li>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li><li>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).</li></ul> | <p>\$0 de copago por día por los días 1 al 20 y \$203 de copago por día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere una autorización previa.</i></p> <p>Cada período de beneficios, usted tiene 100 días de cobertura de servicios para pacientes internados en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre: se incluyen el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted u otra persona done la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</li> <li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se prestan en los SNF</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proporcionan los SNF</li> <li>• Servicios de médicos o profesionales</li> </ul> <p>Generalmente, su atención en centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) la obtendrá en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)</li> </ul> | <p>El período de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. Los costos compartidos se aplican a partir del primer día ingresado y no incluyen el día del alta.</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p> <b>Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p>Se cubre el asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco para pacientes externos y hospitalizados que cumplan con estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consumo de tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco</li> <li>Son competentes y están alertas durante el asesoramiento</li> <li>Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento</li> </ul> <p>Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente recibiendo hasta 8 sesiones por año).</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>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.</p> |
| <p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación</li> <li>Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico</li> </ul>                                                                                                                               | <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>                                                                                                                                                                                                       |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Lo que le corresponde pagar                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) - continuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD</li><li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.</li></ul> <p>El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>                                                                                                                                                                                                        |                                                                |
| <p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso, si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, y no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> | <p>\$40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> |
| <p><b>Atención de urgencia en todo el mundo</b></p> <p>Cobertura en todo el mundo para ‘servicios de urgencia’ cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni anticipaba, y no puede esperar hasta que regrese al área de servicios de nuestro plan para obtener los servicios.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>\$40 de copago*</p>                                         |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios de urgencia - continuación</b></p> <p>Hasta \$50,000 de crédito cada año para todos los servicios cubiertos en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto.</li> <li>Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroestadounidenses de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.</li> <li>Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez por año.</li> <li>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 2 cirugías de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y adquirir 2 anteojos después de la segunda cirugía.</li> </ul> <p><b>Los beneficios adicionales incluyen:</b></p> <p><b>Examen de la vista de rutina</b></p> | <p>\$0 - \$50 de copago según el servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 - \$50 de copago según el servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago*</p> |

| Servicios cubiertos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Lo que le corresponde pagar                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Atención de la vista - continuación</b><br><br>Se limita a 1 consulta(s) cada año<br>Comuníquese con el plan para obtener más detalles.<br><br><b>Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los anteojos o lentes de contacto complementarios incluyen las lentes y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto (incluye el examen de adaptación de los lentes de contacto).</li> <li>Los anteojos o lentes de contacto no incluyen opciones para las lentes, como tintes, lentes progresivas, lentes de transición, pulido ni seguro.</li> </ul> Cubrimos servicios de la vista de rutina a través de un proveedor dentro la red. Los miembros deben acudir a un proveedor de Superior Vision para utilizar el beneficio de anteojos o lentes de contacto que no están cubiertos por Medicare. Comuníquese con Servicios para los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) al 1-877-293-4998 para ver si su proveedor de la vista está en nuestra red. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. | Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por anteojos o lentes de contacto complementarios (en tiendas minoristas o en línea) de un proveedor de Superior Vision dentro de la red.<br><br>*Los beneficios de exámenes de la vista de rutina y anteojos o lentes de contacto NO cuentan para su límite anual que paga de su bolsillo. |
|  <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</b><br><br>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de <i>Bienvenido a Medicare</i> . La consulta incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección y vacunas (o inmunizaciones)) y remisiones a otros tipos de atención en caso de que fuera necesario.<br><br><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Electrocardiograma cubierto por Medicare después de los servicios preventivos de la consulta de bienvenida</li> </ul>                                                                                                                                                       | No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .<br><br>Si recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se aplique un costo compartido adicional.<br><br>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.                                               |

| Servicios cubiertos                                                                                                                               | Lo que le corresponde pagar |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare - continuación</b> |                             |

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

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre este plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que deberíamos haber 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 el Capítulo 9, Sección 5.3).

| Servicios no cubiertos por Medicare                                                                   | Cubiertos solo en situaciones específicas                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirugía o procedimientos cosméticos</b>                                                            | Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado<br><br>Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica |
| <b>Cuidado asistencial</b><br><br>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                                                                                                                         |

| Servicios no cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cubiertos solo en situaciones específicas                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| atención continua de personal médico o paramédico capacitado; como, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales</b><br><br>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica                                                                            | Pueden estar cubiertos por Original Medicare si forman parte de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan<br><br>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica) |
| <b>Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar</b>                                                                                                                                                                                                                      | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Servicios de atención de enfermería de tiempo completo a domicilio</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Audífonos y consultas al proveedor para el mantenimiento de audífonos (salvo lo descrito específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes auditivos, accesorios para audífonos, tarifas de reclamación de garantía y pilas para audífonos (más allá de las 80 pilas gratuitas por audífono no recargable comprado)</b> | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Entrega de comidas a domicilio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                                                                                                               |

| Servicios no cubiertos por Medicare                                                                                                                           | Cubiertos solo en situaciones específicas                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas las tareas domésticas sencillas o la preparación de comidas ligeras</b> | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)</b>                                                                        | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                             |
| <b>Atención dental que no sea de rutina</b>                                                                                                                   | Se podría cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o pacientes externos                                 |
| <b>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies</b>                                                                                              | Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético |
| <b>Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor</b>                | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                             |
| <b>Habitación privada en el hospital</b>                                                                                                                      | Solo se cubre cuando es médicamente necesario                                                                                                                                  |
| <b>Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión</b>                                                                      | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                             |
| <b>Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta</b>                                                            | Sin cobertura en ninguna situación                                                                                                                                             |

| Servicios no cubiertos por Medicare                                                        | Cubiertos solo en situaciones específicas                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Atención quiropráctica de rutina                                                           | Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare. | Sin cobertura en ninguna situación                                          |

## **CAPÍTULO 5:**

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

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

---

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le dé una receta, que sea válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 o puede obtener sus medicamentos con receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).
- Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan con base en determinados criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

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

---

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

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

### **Sección 2.1    Farmacias de la red**

#### **Cómo encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) y/o llame al Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

#### **Si su farmacia deja de formar parte de la red**

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros llamando al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

#### **Farmacias especializadas**

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.

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

---

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan**

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con un "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite hacer un pedido de **un suministro para hasta 90 días de medicamentos de Nivel 2- 4 y un suministro para hasta 100 días de medicamentos de Nivel 1.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con Servicios para los miembros.

Por lo general, el pedido de la farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 10 días. Si la farmacia de pedido por correo espera que el pedido se retrase, le notificarán del retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Servicios para los miembros para analizar las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia minorista local o el método de envío acelerado. Proporcione al representante su número de identificación y los números de recetas. Si desea que sus medicamentos se entreguen al día siguiente o en dos días, puede solicitarlo al representante de Servicios para los miembros por un cargo adicional.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento iniciando sesión en su [Caremark.com](https://www.hopkinsmedicare.com) o llamando a Servicios para los miembros.

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

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

---

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su [Caremark.com](https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/) o llamando a Servicios para los miembros.

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

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de las nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su [Caremark.com](https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/) o llamando a Servicios para los miembros.

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

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 15 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta [Caremark.com](https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/) o llamando a Servicios para los miembros.

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

**Sección 2.3      Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

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

1. En el *Directorio de farmacias* (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) se detallan cuales farmacias de nuestra red proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

---

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

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

- El medicamento con receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en el momento en que lo necesita porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista o de servicio por correo accesible de la red (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- La vacuna o el medicamento se administra en el consultorio de su médico.
- Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que habría pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red.

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

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

---

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

---

**Medicamentos que no están en nuestra Lista de medicamentos**

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

**Sección 3.2 5 niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Costo compartido de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos**

El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

- **Costo compartido de Nivel 2 - medicamentos genéricos**

El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

- **Costo compartido de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida**

El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- **Costo compartido de Nivel 4 - medicamentos no preferidos**

El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- **Costo compartido de Nivel 5 - medicamentos especializados**

El Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado.

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

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

---

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

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan ([https://www.caremark.com/wps/myportal/CHECK\\_DRUG\\_COST\\_FAST](https://www.caremark.com/wps/myportal/CHECK_DRUG_COST_FAST)) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimado de lo que usted pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver sus ahorros si llena un suministro para 90 días o si utiliza el pedido por correo.

**SECCIÓN 4    Medicamentos con restricciones de cobertura**

---

**Sección 4.1    ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

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

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a 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 variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

## **Sección 4.2 Tipos de restricciones**

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento.** Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podríamos estar o no estar de acuerdo en eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

### **Obtener la aprobación del plan por adelantado**

En el caso de ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la autorización de nuestro plan a partir de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-determinations-appeals/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-determinations-appeals/).

### **Probar un medicamento diferente primero**

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan podría requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-determinations-appeals/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/part-d-determinations-appeals/).

### **Límites de cantidad**

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

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

---

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

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

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

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

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

### **Es posible que pueda obtener un suministro temporal**

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

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

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

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

---

a largo plazo podría suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- **Si experimenta un cambio en su entorno de atención** (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (de hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

En caso de tener preguntas acerca de un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

**Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento**

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.

**Opción 2. Puede solicitar una excepción**

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

Si actualmente es miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o restringido de alguna manera el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del inicio del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le responderemos en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

**Si usted o su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué tiene que hacer.** También le explica los procedimientos y los plazos que han sido

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

---

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

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

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

**Puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

**Puede solicitar una excepción**

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

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le explica lo que tiene que hacer.** Le explica los procedimientos y los plazos que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se trate en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 - medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

---

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

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

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

---

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

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

**Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos**

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

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

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

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

---

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

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que usted toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, entre ellas, cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o bien, solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción relacionada con el medicamento que usted toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con algún medicamento que usted toma (excepto por un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio

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

---

mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará el uso que usted le da ni la parte que le corresponde a usted del costo sino hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el Período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma y que le 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 recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto en el caso de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).

- 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

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

---

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Estos medicamentos excluidos cubiertos están cubiertos en el Nivel 2 e incluyen vitaminas con receta selectas, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil. Estos medicamentos y sus límites de cantidad se enumeran en el folleto “Lista de medicamentos” en la sección titulada “Cobertura de medicamentos adicionales”. El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Si **recibe Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información adicional. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos que podría estar disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

---

**SECCIÓN 8    Cómo surtir un medicamento**

---

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

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

Si la farmacia no puede recibir la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Entonces puede **solicitarnos que le**

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

---

**reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

---

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

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

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

Por lo general, un centro de atención de largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia, o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>) para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si usted necesita más información o asistencia, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

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

---

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

**Nota especial sobre la cobertura acreditable:**

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

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

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

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

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

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

---

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

---

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

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

---

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente.

Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

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

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

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

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

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

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta, le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para

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

---

darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

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

---

medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas acerca de este programa, comuníquese a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## CAPÍTULO 6:

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

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

---

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso**. Nosotros le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta) (también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *LIS Rider* (Cláusula adicional LIS).

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos a través de la Parte A o de la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos, por ley, de la cobertura de Medicare. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha comprado una cobertura para medicamentos adicional.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usted utiliza la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) para buscar la cobertura de un medicamento ([https://www.caremark.com/wps/myportal/CHECK\\_DRUG\\_COST\\_FAST](https://www.caremark.com/wps/myportal/CHECK_DRUG_COST_FAST)), el costo que ve muestra un estimado de los costos que paga de su bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

#### Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 distintos tipos de costos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le podría solicitar que pague:

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

---

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo 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 acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

---

**Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo**

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

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

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

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

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

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

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

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

---

### **Registro de los costos que usted paga de su bolsillo**

- *El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que deja la Etapa de cobertura inicial y pasa 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 nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

## **SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)?**

---

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

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

## **SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted**

---

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

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

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

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

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Aquí se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

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

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede revisar estos informes en línea iniciando sesión en [Caremark.com](https://www.caremark.com) y bajo el menú de Plan y beneficios (Plan and Benefits), haga clic en la opción de Documentos de beneficios del plan (Plan Benefits Documents). Haga clic en el botón de "Continuar" (Continue) en la página de Documentos de beneficios del plan (Plan Benefits Documents) para ver los documentos de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por vía electrónica. También puede registrarse para que se los entreguen por vía electrónica llamando a Servicios para los miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

## **SECCIÓN 4 La Etapa del deducible**

---

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. Pagará un deducible anual de \$250 en medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las cuotas por dispensación en el caso de los medicamentos con precios negociados por el Medicare Drug Price Negotiation Program (Programa de Medicare para la negociación de precios de medicamentos).

Una vez que pague \$250 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

## **SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial**

---

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

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

### **Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido**

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **Costo compartido de Nivel 1 - medicamentos genéricos preferidos**

El Nivel 1 es el nivel más bajo e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

- **Costo compartido de Nivel 2 - medicamentos genéricos**

El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

- **Costo compartido de Nivel 3 - medicamentos de marca preferida**

El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- **Costo compartido de Nivel 4 - medicamentos no preferidos**

El Nivel 4 incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.

- **Costo compartido de Nivel 5 - medicamentos especializados**

El Nivel 5 es el nivel más alto. Incluye medicamentos de marca y genéricos con un costo elevado.

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

### **Sus opciones de farmacias**

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para averiguar cuándo cubriremos los medicamentos con receta que obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (<https://www.hopkinsmedicare.com/members/whats-covered/>).

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

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

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

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

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

| Nivel                                                         | Costo compartido minorista estándar dentro de 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 (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles); (suministro para hasta 30 días) |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel 1 de costo compartido medicamentos genéricos preferidos | \$0 de copago                                                                        | \$0 de copago                                                         | \$0 de copago                                                                                    | \$0 de copago                                                                                                                                              |
| Nivel 2 de costo compartido medicamentos genéricos            | \$10 de copago                                                                       | \$10 de copago                                                        | \$10 de copago                                                                                   | \$10 de copago                                                                                                                                             |
| Nivel 3 de costo compartido medicamentos de marca preferida   | 25% de coseguro                                                                      | 25% de coseguro                                                       | 25% de coseguro                                                                                  | 25% de coseguro                                                                                                                                            |
| Nivel 4 de costo compartido medicamentos no preferidos        | 25% de coseguro                                                                      | 25% de coseguro                                                       | 25% de coseguro                                                                                  | 25% de coseguro                                                                                                                                            |

| Nivel                                                   | Costo compartido minorista estándar dentro de 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 (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles); (suministro para hasta 30 días) |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel 5 de costo compartido medicamentos especializados | 30% de coseguro                                                                      | 30% de coseguro                                                       | 30% de coseguro                                                                                  | 30% de coseguro                                                                                                                                            |

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

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

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

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

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

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

**Sección 5.4    Sus costos por un suministro *a largo plazo* (para hasta 90 días o 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta un suministro de 100 días para medicamentos de Nivel 1 y un suministro de 90 días por medicamentos de Nivel 2 - Nivel 4.

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

**Sus costos por un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D**

| Nivel                                                           | Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 60 días) | Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 o 100 días)* | Costo compartido de pedido por correo (suministro para 90 o 100 días)* |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos) | \$0 de copago                                                                          | \$0 de copago                                                                           | \$0 de copago                                                          |
| Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)            | \$15 de copago                                                                         | \$20 de copago                                                                          | \$20 de copago                                                         |
| Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)   | 25% de coseguro                                                                        | 25% de coseguro                                                                         | 25% de coseguro                                                        |
| Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)        | 25% de coseguro                                                                        | 25% de coseguro                                                                         | 25% de coseguro                                                        |
| Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)       | No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos de Nivel 5.            |                                                                                         |                                                                        |

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

---

\*Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días para medicamentos de Nivel 1 y un suministro de 90 días para medicamentos de Nivel 2 a Nivel 4. No pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses o \$105 por un suministro para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de los costos que paga de su bolsillo.

La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado a nombre de usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

**SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

---

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

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

---

**Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas:** Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a

Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

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

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

**1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP) y no tienen costo para usted.

**2. Dónde obtiene la vacuna.**

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

**3. Quién le administra la vacuna.**

- Un farmacéutico u otro proveedor podrían administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

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

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

---

- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, a usted se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna.

## **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 solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los servicios o medicamentos cubiertos**

---

A veces, cuando usted recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que usted se dé cuenta de que paga más de lo que esperaba pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o bien, podría recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Podría haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

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

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

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

- Usted es responsable de pagar solo la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.

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

---

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado más de la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

## Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por 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 la reclamación directamente. Si esto sucede, usted tiene que pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

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

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

Si usted no lleva 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 deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

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

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

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

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

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

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

---

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

---

Puede solicitarnos que le reembolsemos ya sea llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea realizar una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 3 años** a partir de la fecha en la que obtuvo el servicio, artículo o medicamento.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Incluya su nombre completo, fecha de nacimiento y número de identificación de miembro.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)) o llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

#### **Parte C - Solicitud de pago**

Johns Hopkins Advantage MD  
P.O. Box 3537  
Scranton, PA 18505

#### **Parte D - Solicitud de pago**

Johns Hopkins Advantage MD  
c/o CVS Caremark Part D Services  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

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

---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierta y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. La parte que nos corresponde del costo podría no ser el monto total que usted pagó (por ejemplo, si usted

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

---

obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que usted pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

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

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

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

# **CAPÍTULO 8:**

## **Sus derechos y responsabilidades**

### **SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

---

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo usted pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

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

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red de nuestro plan que preste y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

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

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

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

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

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

**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
  - Se nos exige dar a conocer información de salud a las agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar a 711).

Para consultar las Prácticas de privacidad de Johns Hopkins Advantage MD, visite [www.hopkinsmedicare.com/privacy-practices](http://www.hopkinsmedicare.com/privacy-practices).

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

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY llaman a 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

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

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

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

### Cómo establecer las instrucciones anticipadas para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, 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. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Proporcione copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quién puede tomar las decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es recomendable que dé copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

### Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante Virginia Department of Health llamando al 1-800-548-9455.

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

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

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Sección 1.7 Si considera que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados**

Si considera que ha sido tratado injustamente 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 **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o llame a su Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-552-3402
- **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 sitios:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-552-3402
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: [www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf))
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

**SECCIÓN 2 Sus derechos como miembro de nuestro plan**

---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Los Capítulos 3 y 4 dan los detalles sobre sus servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**  
Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que comprenda.
- **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 médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Por la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o medicamento.
  - Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para que conserve su cobertura de medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, tenemos que saberlo** para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

## CAPÍTULO 9:

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

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

---

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

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

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

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

#### Sección 1.1 Términos legales

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

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o la información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

---

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

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

---

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

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En el Capítulo 2, Sección 3 de este documento encontrará los números de teléfono y URL del sitio web.

**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](http://www.medicare.gov).

---

**SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema**

---

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

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

**Sí.**

Consulte la **Sección 4, Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

**No.**

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

---

**Decisiones de cobertura y apelaciones**

---

## **SECCIÓN 4    Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

---

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

### **Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o bien, la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto en ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

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

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

### **Cómo presentar una apelación**

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

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

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

---

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

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

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

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

**Sección 4.1 Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

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

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante (Appointment of Representative)*. (El formulario también está disponible en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)).
- En el caso de la atención médica o de los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o apelación de Nivel 1 en nombre de usted. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico o alguna persona autorizada a emitir recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en

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

---

nombre de usted. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

## **Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones**

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

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto (*Aplica únicamente a los siguientes servicios:*

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

---

atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

## **SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---

### **Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención**

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

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

1. Usted no está recibiendo la atención médica que quiere y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted considera que nuestro plan cubre esa atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y considera que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

**Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.**

## Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

### **Términos legales:**

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

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

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

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

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándar podría afectarlo de forma grave o perjudicar la recuperación de su capacidad física.

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

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

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

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

---

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

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

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

*Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar.*

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

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para información sobre quejas).

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

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si nosotros necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

**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 que explica por qué rechazamos su solicitud.

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

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

**Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales:**

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

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

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

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

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

**Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida**

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden

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

---

incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

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

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

***Plazos para una apelación rápida***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en la que será revisada por una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

***Plazos para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
  - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No

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

podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

**Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación****Término legal:**

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

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

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

---

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

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

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

**Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o bien, proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención

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

---

médica no se debe autorizar. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que se:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

**Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica**

En el Capítulo 7 se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

**La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra**

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

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

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

---

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

---

### **Sección 6.1 Lo que debe hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D**

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos consulte los Capítulos Capítulo 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

**Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D****Término legal:**

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

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios para autorizaciones previas o el requisito de probar primero con otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Cómo solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

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

**Sección 6.2    Cómo solicitar una excepción****Términos legales:**

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

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

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

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

---

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicamos una restricción a usted, puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del medicamento.
  - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
  - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 - medicamentos especializados.
  - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

### **Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**

#### **Su médico debe explicarnos las razones médicas**

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

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección específica en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del (de los) nivel(es) de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

#### **Podemos aceptar o rechazar su solicitud**

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

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

#### **Término legal:**

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

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

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

---

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

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). El Capítulo 2 contiene información de contacto. También puede presentar una determinación de cobertura por vía electrónica en nuestro sitio web. Visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com) y haga clic en “For Members” (Para los miembros). La información que ingrese se envía a un sitio seguro. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestra la reclamación denegada que se está apelando.

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

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que corresponde a las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona autorizada

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

---

a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

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

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud nos lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.

**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, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

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

**Sección 6.5      Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales:**

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

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

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

**Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo exige, pídanos una apelación rápida.**

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

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

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

---

- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-877-293-4998.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com). Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede presentar una solicitud de apelación o redeterminación por vía electrónica en nuestro sitio web. Visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com) y haga clic en “For Members” (Para los miembros). La información que ingrese se envía a un sitio seguro.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

**Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

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

**Plazos para una apelación rápida**

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

**Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido**

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

---

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibimos su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos lo exige.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo exija su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de que recibimos su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

### **Término legal:**

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se le llama **Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE)**.

**La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

**Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información acerca de su apelación.

### **Plazos para una apelación rápida**

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización 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.

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

---

***Plazos para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibimos su solicitud.

**Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.*****En el caso de las apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

***En el caso de las apelaciones estándar:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

**¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?**

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le notifica sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

---

**Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización para paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto**

---

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

**Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos**

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:

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

---

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

**2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

**3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en sitio web [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

**Sección 7.2      Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta del hospital**

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por un período de tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con los plazos**

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

---

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asistencia personalizada. Puede llamarnos a VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP) al 1-800-552-3402. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación.** Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.**

**¿Cómo puede comunicarse con esta organización?**

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*)) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

**Actúe rápido:**

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) *antes* de irse del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
  - **Si usted cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha 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 hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Usted puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta (Detailed Notice of Discharge)** llamando a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (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 bien, puede obtener una muestra del aviso en línea en [www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que les dimos nosotros y el hospital.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.*****¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si la rechazan?***

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

**Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

### **Sección 7.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted podría tener que pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha de alta planificada.

#### **Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

#### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre 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 tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.**

##### ***Si la organización de revisión independiente la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

##### ***Si la organización de revisión independiente la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

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

---

**Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto**

---

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

**Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura****Término legal:**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
  - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
  - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.

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

---

2. **Se le pedirá que usted, o alguien que actúa en su nombre, firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para suspender la atención.

**Sección 8.2      Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), para recibir asistencia personalizada. Puede llamarnos a VA Insurance Counseling & Assistance Program (VICAP) al 1-800-552-3402. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- En el aviso por escrito que recibió, (*Aviso de no cobertura de Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage, NOMNC)*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

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

- Si se vence el plazo y desea apelar, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad a través de la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también aparece en el Capítulo 2.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.****Término legal:**

**Explicación detallada de no cobertura.** Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

**¿Qué sucede durante esta revisión?**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos comunican sobre su apelación y usted recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura*, donde se explican detalladamente las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

**Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.****¿Qué sucede si los revisores aceptan?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

**¿Qué sucede si los revisores rechazan?**

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

**Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

**Sección 8.3      Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

**Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la atención.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre con su apelación.

**Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.*****¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.

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

---

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador.

**Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Nivel 3, 4, y 5**

---

**Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4, y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3**

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ)** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

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

---

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *podría* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4**

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

**Apelación de Nivel 5**

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

**Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

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

---

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un determinado monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3**

Un **juez administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4**

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, a los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5**

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

| Queja                                                                    | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calidad de su atención médica                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Respeto de su privacidad                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo | <ul style="list-style-type: none"><li>¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?</li><li>¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para los miembros?</li><li>¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tiempos de espera                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li><li>¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?<ul style="list-style-type: none"><li>Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.</li></ul></li></ul> |

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

| Queja                                                                                                                                                             | Ejemplo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Limpieza</b>                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Información que obtiene de nosotros</b>                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Puntualidad</b><br>(Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las apelaciones y decisiones de cobertura) | Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha pedido que tomemos <i>una decisión de cobertura rápida</i> o que respondamos una <i>apelación rápida</i>, y lo hemos rechazado; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</li> </ul> |

**Sección 10.2 Cómo presentar una queja****Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

**Presentar una queja** se denomina **interponer un reclamo**.

**Usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

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

---

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Si desea utilizar el proceso por escrito, así es como funciona:
  - Envíe su queja (también denominada reclamo) por escrito sobre la atención médica a:  
Johns Hopkins Advantage MD  
P.O. Box 3507  
Scranton, PA 18505  
Número de fax: 1-855-825-7726
  - Envíe su queja (también denominada reclamo) por escrito sobre medicamentos con receta de la Parte D a:  
Johns Hopkins Advantage MD  
c/o CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department  
P.O. Box 30016  
Pittsburgh, PA 15222-0330  
Número de fax: 1-866-217-3353
- Puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito, pero a más tardar 60 días después del evento o incidente que precipitó el reclamo. Cuando usted presente un reclamo, tomaremos las medidas adecuadas de inmediato, incluida una investigación completa del reclamo. La investigación completa incluye:
  1. Revisar toda la documentación previa en el registro del miembro;
  2. Revisar todos los reclamos anteriores y actuales del miembro en el registro del miembro;
  3. Utilizar todo el material del plan, los sistemas internos y externos y los departamentos para obtener la información necesaria para abordar y resolver el reclamo;
  4. Revisar las notas de llamadas anteriores para determinar qué podría haber contribuido al reclamo;
  5. Revisar las grabaciones de llamadas según sea necesario.

Se le notificará de nuestros hallazgos tan pronto como el caso lo requiera, según el estado de salud del miembro. Los reclamos acelerados se tratarán con prontitud y la resolución se entregará al miembro dentro de las 24 horas posteriores a la recepción del caso. Nuestra investigación de los reclamos estándar se completará a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud oral o por escrito, a menos que se extienda según lo permitido por las

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

---

regulaciones descritas por los CMS. Se le notificará de nuestros hallazgos verbalmente o por escrito. Somos responsables de procesar su reclamo dentro del marco de tiempo dictado por los CMS.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

**Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

**Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad**

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja**

Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint).

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

---

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

## CAPÍTULO 10:

# Cancelación de su membresía en nuestro plan

### SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

---

Cancelar su membresía en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) puede hacerse de forma **voluntaria** (cuando es su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas donde nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

---

#### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos, y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta,
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

---

posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

**Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, a partir del mes en que comienza a tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que comienza a tener derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede realizar lo siguiente:
  - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

**Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En determinadas situaciones, los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica. Los siguientes son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

- En general, cuando se muda

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

---

- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

**Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

**Los períodos de inscripción varían** según sea su situación.

**Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial,** llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro Plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

**Nota:** Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará normalmente** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.
- **Si usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar el costo de su cobertura para medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

**Sección 2.4    Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

### SECCIÓN 3    Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

---

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

| Para cambiar de nuestro plan a:                                    | Esto es lo que debe hacer:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Otro plan de salud de Medicare                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.</li><li>• Su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Original Medicare con un plan separado de medicamentos de Medicare | <ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.</li><li>• Su inscripción en se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea.</b> Llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto.</li><li>• También puede llamar a <b>Medicare</b>, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li><li>• Su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li></ul> |

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

---

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

## **SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones**

---

**Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no reside legalmente en los Estados Unidos
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

**Capítulo 10 Cancelación de su membresía en nuestro plan**

---

- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Sección 5.1    Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debe hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Sección 5.2    Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## Avisos legales

### SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

---

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

### SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

---

**No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o a un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros 1-877-293-4998 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

Johns Hopkins Advantage MD es un HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD depende de la renovación del contrato. Johns Hopkins Advantage MD (HMO) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

**Johns Hopkins Advantage MD:**

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como: intérpretes calificados de lengua de señas, información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-293-4998 (TTY: 711).

Si considera que Johns Hopkins Advantage MD no cumplió en prestarle estos servicios, o lo discriminó de otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Coordinador de cumplimiento de reclamos (Grievance Compliance Coordinator) de Johns Hopkins en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, al teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. o a 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, durante las 24 horas, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhhc.com](mailto:compliance@jhhc.com).

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja por cuestiones de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por vía electrónica desde el Portal de quejas de dicha oficina, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

---

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

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 12:

## Definiciones

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también se incluye, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Auxiliar de atención de la salud a domicilio:** una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**“Ayuda adicional”:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Biosimilar intercambiable:** un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Biosimilar:** un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

## Capítulo 12 Definiciones

---

**Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

**Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro se espera que no exceda las 24 horas.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

**Coseguro:** una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos

## Capítulo 12 Definiciones

---

de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen preparación profesional ni preparación profesional incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** dispositivos médicos que incluyen, pero no limitados a, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal.

## Capítulo 12 Definiciones

---

Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**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 los medicamentos de la Parte D cubiertos ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

**Etapas de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto límite que paga de su bolsillo.

**Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Facturación del saldo:** cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

**Farmacia de la red:** una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

## Capítulo 12 Definiciones

---

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para las personas inscritas. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**Hospicio:** un beneficio que proporciona un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un paciente externo.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI):** es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

**Medicaid (o Medical Assistance):** un programa conjunto federal y Estado que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Médicamente necesario:** significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y,

## Capítulo 12 Definiciones

---

normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

**Medicamento seleccionado:** un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicamentos de la Parte D:** son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto límite que paga de su bolsillo:** es el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con

## Capítulo 12 Definiciones

---

receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

**Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio):** el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

**Parte C:** consulte Plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

**Período de beneficios:** la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

## Capítulo 12 Definiciones

---

**Período de inscripción anual:** el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o elegir Original Medicare.

**Período de inscripción especial:** tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Persona con doble elegibilidad:** una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Plan de necesidades especiales equivalentes a institucionales (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP):** un IE-SNP limita la inscripción a un MA para las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención que ofrece un establecimiento.

**Plan de necesidades especiales institucionales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP):** los ISNP limitan la inscripción a los MA para las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un establecimiento o bien, que viven (o se espera que vivan) por al menos 90 días consecutivos en determinados establecimientos de atención a largo plazo. Los ISNP incluyen los siguientes tipos de planes: Plan de necesidades especiales institucionales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP), Plan híbrido de necesidades especiales institucionales (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y Plan de necesidades especiales institucionales basado en un establecimiento (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

**Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP):** los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a los MA para las personas elegibles que tienen enfermedades graves y crónicas.

**Plan de necesidades especiales:** tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de

## Capítulo 12 Definiciones

---

atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

**Plan PACE:** un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

**Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare):** el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Precio justo máximo:** el precio negociado por Medicare para un medicamento selecto.

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

## Capítulo 12 Definiciones

---

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**Producto biológico:** un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

**Programa de descuentos del fabricante:** un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

**Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM):** un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a las personas que cumplen con determinados requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM usualmente incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para la revisión de los medicamentos.

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP):** el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con cualquier otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red: proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

**Queja:** el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores, o nuestras farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

## Capítulo 12 Definiciones

---

**Remisión:** una orden escrita de su médico de atención primaria para que usted acuda con un especialista para obtener determinados servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no pagar los servicios proporcionados por un especialista.

**Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata, y que no sea una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado el momento, el lugar y las circunstancias obtener este servicio a través de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores (como los chequeos anuales) que sean médicamente necesarias no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

**Servicios para los miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

**Servicios preventivos:** atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la influenza y mamografías de diagnóstico).

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** consulte Ayuda adicional.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

## **Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y de ayudas y servicios auxiliares**

### **English**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-293-5325 (TTY: 711) or speak to your provider.

### **Spanish (Español)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-293-5325 (TTY 711) o hable con su proveedor.

### **Portuguese (Português do Brasil)**

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-293-5325 (TTY 711) ou fale com seu provedor.

### **German (Deutsch)**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-293-5325 (TTY 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

### **French (Français)**

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-293-5325 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

### **French/Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen)**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-877-293-5325 (TTY : 711) oswa pale avèk founisè w la.

## Farsi

فارسي

توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-877-293-5325 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

## Simplified Chinese 中文

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-877-293-5325（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

## Traditional Chinese 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-293-5325（TTY：711）或與您的提供者討論。」

## Korean 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-293-5325 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Vietnamese Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-293-5325 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-293-5325 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## Russian РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-293-5325 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Gujarati ગુજરાતી

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-877-293-5325 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-877-293-5325 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

## Hindi हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-293-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## Japanese 日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-293-5325（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

## Urdu

اردو

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1- (TTY: 711 800-293-5325) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## Thai ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-293-5325 (TTY:711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

# Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad (incluida la competencia limitada en el idioma inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación por sexo descrito en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, § 92.101(a)(2)). Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece adaptaciones razonables para personas con discapacidad, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados, incluyendo intérpretes cualificados y formatos de información alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y oportuna, cuando dichas adaptaciones, ayudas y servicios sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidad.
- Servicios de asistencia lingüística para personas con dominio limitado del inglés. Esto incluye la traducción oportuna de documentos, tanto escritos como electrónicos, así como interpretación oral. Estos servicios se proveen siempre y cuando sean razonablemente necesarios para asegurar un acceso significativo a la información.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-293-5325 (TTY: 711) o visite [www.HopkinsMedicare.com](http://www.HopkinsMedicare.com).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo de la siguiente forma: Johns Hopkins Attn: Compliance en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: [compliance@jhnp.org](mailto:compliance@jhnp.org).

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un miembro del equipo de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## Servicios al Miembro de Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

| Método           | Servicios al Miembro – Información de contacto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | 1-877-293-5325<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.<br>Los fines de semana y los días feriados deberá dejar un mensaje.<br>Los Servicios al Miembro 1-877-293-4998 (usuarios de TTY, llamar al 711) también cuentan con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para las personas que no hablan inglés. |
| <b>TTY</b>       | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.<br>Los fines de semana y los días feriados deberá dejar un mensaje.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Fax</b>       | 1-855-206-9203                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Escriba a</b> | Johns Hopkins Advantage MD<br>P.O. Box 3538<br>Scranton, PA 18505                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sitio web</b> | <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### ***Programa de Seguros de Salud del Estado (State Health Insurance Program, SHIP de Maryland).***

El Programa de Seguros de Salud del Estado es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

| Método           | Información de contacto                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Llame al</b>  | 1-800-243-3425                                                                                                                                          |
| <b>TTY</b>       | 711                                                                                                                                                     |
| <b>Escriba a</b> | Maryland SHIP<br>c/o Maryland Department of Aging<br>301 West Preston Street, Suite 1007<br>Baltimore, MD 21201                                         |
| <b>Sitio web</b> | <a href="https://aging.maryland.gov/pages/state-health-insurance-program.aspx">https://aging.maryland.gov/pages/state-health-insurance-program.aspx</a> |