Más opciones, mejor atención.
Esa es nuestra Ventaja.

2025

Evidencia de Cobertura

CareOregon Advantage **Plus** (HMO-POS D-SNP)

Para los condados de Oregón Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook y Washington

H5859_CO2025_EOC_C

CareOregon® Advantage

1 de enero - 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de la salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta como miembro de CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP

Este documento le ofrece información detallada sobre su cobertura del cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare y Medicaid del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento jurídico importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 503-416-4279 o al 888-712-3258. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, **CareOregon Advantage Plus***,* es ofrecido por Health Plan of CareOregon, Inc. Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Health Plan of CareOregon*.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa CareOregon Advantage Plus.

Este documento está disponible gratuitamente en ruso, chino simplificado, español, chino tradicional y vietnamita. Esta

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

información está disponible en distintos formatos: braille, letra grande y audio. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) si necesita información sobre el plan en otro formato.

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de antelación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender:

- La prima y los costos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H5859_CO2025EOC_C

Evidencia de cobertura 2025

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 9

SECCIÓN 1 ..... Introducción 10

SECCIÓN 2 ..... ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? 14

SECCIÓN 3 ..... Material importante sobre la membresía que recibirá 18

SECCIÓN 4 .... Sus costos mensuales de CareOregon Advantage Plus 22

SECCIÓN 5 ..... Más información sobre la prima mensual 30

SECCIÓN 6 ..... Actualización de su registro de membresía del plan 31

SECCIÓN 7 ..... Cómo operan otros seguros con nuestro plan 33

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes..... 36

SECCIÓN 1 .... Contactos de CareOregon Advantage Plus (cómo contactarnos, incluido el Servicio de Atención al Cliente) 37

SECCIÓN 2 ..... Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 50

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... 55

SECCIÓN 4..... Organización para la mejora de la calidad..... 57

SECCIÓN 5..... Seguro Social..... 59

SECCIÓN 6..... Oregon Health Plan (Medicaid)..... 61

SECCIÓN 7..... Información sobre programas de ayuda para el pago de medicamentos con receta..... 65

SECCIÓN 8..... Cómo ponerse en contacto con Railroad Retirement Board 68

SECCIÓN 9..... ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de enfermedad del trabajo? 70

CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos 71

SECCIÓN 1Cosas que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan 72

SECCIÓN 2..... Utilice los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 78

SECCIÓN 3...Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe..... 86

SECCIÓN 4.... ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios? 91

SECCIÓN 5 ..... ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 93

SECCIÓN 6 ..... Normas para recibir asistencia en un centro de cuidado de la salud religioso no médico 97

SECCIÓN 7 ..... Normas de propiedad de los equipos médicos duraderos 100

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo qué está cubierto) 104

SECCIÓN 1 ..... Servicios cubiertos 106

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para saber qué está cubierto 107

SECCIÓN 3 ..... ¿Qué servicios están cubiertos fuera de CareOregon Advantage Plus? 223

SECCIÓN 4 ..... ¿Qué servicios no cubre el plan? 231

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 243

SECCIÓN 1 ..... Introducción 245

SECCIÓN 2 ..... Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 247

SECCIÓN 3 ..... Sus medicamentos deben figurar en la "Lista de medicamentos" del plan 255

SECCIÓN 4 ..... Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 261

SECCIÓN 5 .. ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría? 263

SECCIÓN 6 .. ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? 268

SECCIÓN 7 .... ¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? 274

SECCIÓN 8 ..... Cómo surtir una receta 277

SECCIÓN 9 ..... Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 279

SECCIÓN 10. Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 283

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos con receta de la Parte D 289

SECCIÓN 1 ..... Introducción 291

SECCIÓN 2 .. Lo que pague por un medicamento dependerá de la etapa de pago en la que se encuentre cuando reciba el medicamento 297

SECCIÓN 3 … Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 298

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 1 al 4 303

SECCIÓN 5. Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya 303

SECCIÓN 6 ..... No hay interrupción de cobertura para CareOregon Advantage Plus ... **Error! Bookmark not defined.**

SECCIÓN 7 ..... Durante la Etapa de gastos médicos mayores, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D 314

SECCIÓN 8 … Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde las obtenga 314

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 319

SECCIÓN 1 ..... Situaciones en las que debe solicitarnos el pago por sus servicios o medicamentos cubiertos 321

SECCIÓN 2 ....Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura recibida 327

SECCIÓN 3 ..... Analizaremos su solicitud de pago y responderemos sí o no 329

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 331

SECCIÓN 1 ..... Nuestro plan debe respetar sus derechos y aspectos culturales como miembro del plan 332

SECCIÓN 2 ..... Responsabilidades como miembro del plan 345

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas) 348

SECCIÓN 1 ..... Introducción 350

SECCIÓN 2 ..... Dónde obtener más información y asistencia personalizada 352

SECCIÓN 3 ..... Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 354

SECCIÓN 4 Cómo resolver los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 356

SECCIÓN 5 ..... Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones 357

SECCIÓN 6 .... Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 365

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 385

SECCIÓN 8. Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto 407

SECCIÓN 9 ..... Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto 418

SECCIÓN 10 ..... Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 426

SECCIÓN 11.. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 432

SECCIÓN 12 ..... Resolución de problemas relacionados con los beneficios de Medicaid 440

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en el plan 445

SECCIÓN 1 ..... Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan 446

SECCIÓN 2. ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 446

SECCIÓN 3 ..... ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? 454

SECCIÓN 4 ..... Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 459

SECCIÓN 5 ..... CareOregon Advantage Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones 460

CAPÍTULO 11: Avisos legales 464

SECCIÓN 1 ..... Aviso sobre la ley aplicable 465

SECCIÓN 2 ..... Aviso de no discriminación 465

SECCIÓN 3 ..... Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 467

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes 468

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareOregon Advantage Plus, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Oregon Health Plan (Medicaid)** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a sufragar los costos médicos de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía en función del estado y del tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted ha optado por obtener su cobertura de cuidado de la salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, CareOregon Advantage Plus. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B.

No obstante, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

CareOregon Advantage Plus es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. CareOregon Advantage Plus está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Como Medicaid lo ayuda a pagar los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que no tenga que pagar nada por los servicios de cuidado de la salud de Medicare. Medicaid también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de cuidado de la salud que no suelen estar cubiertos por Medicare. También recibirá “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. CareOregon Advantage Plus lo ayudará a gestionar todos estos beneficios para que reciba los servicios de cuidado de la salud y la ayuda para el pago a la que tiene derecho.

CareOregon Advantage Plus está gestionado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato

con el programa de Medicaid de Oregón para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de cuidado de la salud de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

La **cobertura de este plan se considera Qualifying Health Coverage (QHC, Cobertura de Salud Calificada)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Sección 1.2 ¿Qué es la *Evidencia de cobertura*?

La *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de CareOregon Advantage Plus.

Es importante que conozca las normas del plan y los servicios que tiene a su disposición. Le aconsejamos que dedique un tiempo a leer esta *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo CareOregon Advantage Plus cubre sus cuidados. Otras partes de este contrato son el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará en vigor durante los meses en los que esté inscrito en CareOregon Advantage Plus entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año natural, Medicare nos permite introducir cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareOregon Advantage Plus después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, o por ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services [los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid]) debe aprobar CareOregon Advantage Plus cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- – *y* – Reside en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3 se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en la zona geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- – *y* – Es ciudadano de Estados Unidos o se encuentra legalmente en Estados Unidos.
- – *y* – Cumple los requisitos especiales que se describen a continuación.

Requisitos especiales para acceder a nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a sufragar los costos médicos de determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, también debe serlo para Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en el plazo de dos meses, seguirá siendo elegible para afiliarse a nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que sigue siendo elegible).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Oregon Health Plan (Medicaid) es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a sufragar los costos médicos y de cuidados a largo plazo de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo gestionar su programa siempre que sigan las directrices federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Medicare Savings Programs” (Programas de ahorro de Medicare) ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+, beneficiario calificado de Medicare):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). Las personas con QMB+ también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+, beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan CareOregon Advantage Plus

CareOregon Advantage Plus solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Oregón*:* Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook y Washington.

Si tiene previsto mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si tenemos un plan en

su nueva área. Cuando se mude, dispondrá de un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo domicilio.

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

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

El miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CareOregon Advantage Plus si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. CareOregon Advantage Plus debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor

su tarjeta de Medicaid. Aquí tiene un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CareOregon Advantage Plus, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Le pueden pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía al plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* figuran los proveedores de nuestra red actual. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos,

hospitales y otros centros de cuidados médicos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si va 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 esté disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que CareOregon Advantage Plus autorice el uso de proveedores fuera de la red.

CareOregon Advantage Plus tiene un beneficio llamado Point-of-Service (POS, punto de servicio) que le permite recibir atención de Primary Care Providers (PCP, proveedores de cuidado primario) y especialistas fuera de la red en determinadas condiciones. Para más información, consulte “Beneficio POS” (Capítulo 4, Sección 2.1).

La lista más reciente de proveedores y distribuidores de equipos médicos duraderos está disponible en nuestro sitio web ***careoregonadvantage.org/providersearch***.

Si no tiene su ejemplar del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarlo (en formato electrónico o impreso) al Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes del *Directorio de Proveedores* en papel se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias contiene las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas cubiertas a 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 2.5, para saber cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia en el Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web **careoregonadvantage.org/pharmacy***.* También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias.* Consulte el Directorio de farmacias 2024 para saber qué farmacias forman parte de nuestra red.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos por el plan *(formulario)*

El plan dispone de una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluida en CareOregon Advantage Plus. Los medicamentos de esta lista

son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la “Lista de medicamentos” de CareOregon Advantage Plus.

La “Lista de medicamentos” también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le facilitaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. La “Lista de medicamentos” que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de medicamentos” facilitada. Si uno de sus medicamentos no figura en la “Lista de medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**careoregonadvantage.org/druglist**) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de CareOregon Advantage Plus

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 en la Parte D (Sección 4.3)
- Importe mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser <u>inferior</u>

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos figuran la "Ayuda adicional" y los programas estatales de asistencia farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7, se ofrece más información sobre estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, es **posible que la información sobre las primas que figura en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique en su caso**. Le enviamos un folleto aparte, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como Low-Income Subsidy Rider [LIS, Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no dispone de este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre

estas primas revise su copia del manual *Medicare & You (Medicare y usted) 2025*, la sección llamada *2025 Medicare Costs (Costos de Medicare para 2025)*. Si necesita una copia puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). También puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada por CareOregon Advantage Plus.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicaid, así como tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CareOregon Advantage Plus, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica a ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Oregon Health Plan (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, deberá seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la

prima de la Parte B. También puede incluir una prima de 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 en la Parte D

Como tiene una doble elegibilidad, la Late Enrollment Penalty (LEP, multa por inscripción tardía) no se le aplica mientras mantenga su doble elegibilidad, pero si pierde su doble elegibilidad, puede que tenga que pagar una LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento una vez finalizado su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en los que no ha tenido cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es aquella que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, de media, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagarla si:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.

- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como una antigua empresa, sindicato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA, Administración de Salud para Veteranos). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede enviársele por carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** En cualquier notificación debe constar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota:** Los siguientes elementos *no* constituyen cobertura válida de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el importe de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que ha tardado en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para hacerlo. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura válida de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima mensual media de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024 este importe medio de la prima fue de $34.70. Este importe puede cambiar para 2025.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual media y, a continuación, redondee la cifra a los 10 céntimos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % por $34.70, lo que equivale a $4.86. Redondeado, sería $4.90. Este importe se agregaría **a la prima mensual de quien tuviera una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual media puede variar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba comunicándole que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban abonar un recargo, conocido como Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos). El recargo se calcula a partir de los ingresos brutos ajustados modificados que figuran en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si este importe es superior a una determinada cantidad, pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el importe adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite ***medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans***.

Si tiene que pagar un importe adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será ese importe adicional. El importe adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Railroad Retirement Board (Consejo de Jubilación para Trabajadores Ferroviarios) o de la Office of Personnel Management (Oficina de Administración de Personal), independientemente de cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe

adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el importe adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el importe adicional, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de los medicamentos con receta.**

Si usted no está de acuerdo con el pago de un importe adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual

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

No. No estamos autorizados a modificar el importe que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si es que debe. O necesite empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto sucede si es elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si

pierde su derecho al programa de “Ayuda Adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para recibir la “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la “Ayuda Adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si usted pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Encontrará más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Actualización de su registro de membresía del plan

En su registro de membresía se encuentra la información de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Podrá ver la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben disponer de información sobre usted que sea correcta. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los importes de los costos compartidos que usted debe pagar**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener sus datos actualizados.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su trabajo, del trabajo de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si tiene reclamos de responsabilidad civil, como los derivados de un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado a un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o servicio de urgencias fuera de la zona o de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (por ejemplo, un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le animamos a que lo haga).

Si cambia alguno de estos datos, llame al Servicio de Atención al Cliente para comunicárnoslo (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede enviarnos un mensaje protegido a través del portal para miembros que se encuentra en ***careoregonadvantage.org/memberportal***

Por otro lado, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

También debe comunicarse con el asistente social del Programa de Medicaid de Oregón (Oregon Health Plan) o con el Servicio de Atención al Cliente del Oregon Health Plan y notificarles cualquiera de estos cambios. Encontrará los números de teléfono de Oregon Health Plan en la Sección 6 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo operan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otro seguro médico o de medicamentos que usted tenga, ya que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de los seguros médicos o de medicamentos de los que tengamos conocimiento. Le pedimos que lea atentamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente. Es posible que tenga

que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya corroborado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como el seguro médico grupal del trabajo), existen normas establecidas por Medicare según las que se decide si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El segundo en pagar, denominado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, comuníqueselo a su médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas rigen para la cobertura del plan de salud grupal del trabajo o el sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de personas empleadas por su empleador y de si tiene Medicare debido a su edad, a una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ERT):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene alguna discapacidad y usted o un miembro de su familia sigue trabajando,

su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.

  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.

- Si es beneficiario de Medicare por padecer una ERT, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que cumpla con los requisitos para inscribirse en Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- seguro independiente de culpabilidad (incluido el seguro de automóvil);
- responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil);
- beneficios por neumoconiosis;
- indemnización de los trabajadores.

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 1 Contactos de CareOregon Advantage Plus (cómo contactarnos, incluido el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos o facturación, o tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de CareOregon Advantage Plus. Le ayudaremos con gusto.

Modalidad	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Además, el Servicio de Atención al Cliente dispone de servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.

Modalidad	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-3723
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 ***customerservice@careoregon.org***
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org*** Portal para miembros: ***careoregonadvantage.org/memberportal***

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre su cobertura y sus beneficios o sobre el importe que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de

cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

Modalidad	Información de contacto para decisiones de cobertura de atención médica
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-3671
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Modalidad	Información de contacto para decisiones de cobertura de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	Parte B: 503-416-4722 Parte D: 503-416-8109
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org/rxinfo***

Modalidad	Información de contacto para apelaciones sobre su atención médica
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-8118
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Modalidad	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-1428
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org/rxinfo***

Cómo contactarnos si desea presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de quejas no implica disputas sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, recursos, quejas*).

Modalidad	Información de contacto para reclamos sobre atención médica y medicamentos con receta de la Parte D
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-1313
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Modalidad	Información de contacto para reclamos sobre atención médica y medicamentos con receta de la Parte D
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre CareOregon Advantage Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese a ***medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx***.

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*). Solo podemos reembolsar los servicios cubiertos por Medicare, pero no los cubiertos por Medicaid. Si se aprueba su solicitud de reembolso, solo le pagaríamos el monto permitido por Medicare (lo que normalmente pagaríamos a un proveedor

por el servicio) y no la parte que cubriría Medicaid, como el coaseguro y los deducibles de Medicare.

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

Modalidad	Información de contacto para la solicitud de pago de la parte C
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Además, el Servicio de Atención al Cliente dispone de servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Horario de atención:** Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
FAX	503-416-8115
CARTAS	Attn: DMR – Claims Department, 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204

Modalidad	Información de contacto para la solicitud de pago de la parte C
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org***

Modalidad	Información de contacto para la solicitud de pago de la Parte D
LLAMADA	503-416-4279 o 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Además, el Servicio de Atención al Cliente dispone de servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
CARTAS	Attn: Pharmacy Department – 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org/rxreimbursement***

SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia permanente de los riñones por la que se necesita diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal encargada de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos encontramos nosotros.

Modalidad	Información de contacto de Medicare
LLAMADA	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Modalidad	Información de contacto de Medicare
TTY	1-877-486-2048 Este número es solo para personas con dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número son gratuitas.

SITIO WEB ***Medicare.gov***

Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Aquí puede encontrar información actualizada sobre Medicare y temas de actualidad relacionados con Medicare. También encontrará información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Puede encontrar, además, contactos de Medicare en su estado.

En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en

Modalidad	Información de contacto de Medicare
	su zona. Estas herramientas brindan una *estimación* de lo que podrían ser sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.

SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para comunicar a Medicare cualquier queja que tenga sobre CareOregon Advantage Plus. • **Informe a Medicare de su queja:** puede presentar una queja sobre CareOregon Advantage Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no dispone de una computadora, la biblioteca o el centro de jubilados de su localidad pueden ayudarle a ingresar a este sitio web desde su computadora. Otra opción es llamar a Medicare y decirles qué información busca. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Oregón, el SHIP se denomina Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Asistencia de Beneficios de Seguro Médico para Jubilados).

La SHIBA es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores de la SHIBA pueden ayudarle a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico que recibió y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (haga clic en SHIP LOCATOR [Buscador de SHIP] en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Tras seleccionar un estado, se lo redireccionará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Modalidad	Información de contacto de Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (SHIP de Oregón)
LLAMADA	Línea gratuita: 800-722-4134
TTY	711
CARTAS	500 Summer St NE E-12 Salem, OR 97301-1097 correo electrónico: ***shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov***
SITIO WEB	***oregonshiba.org*** O póngase en contacto a través de su formulario protegido en línea ***shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx***

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado, existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. En Oregón, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que recibió.
- Cree que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que su cobertura de servicios de cuidado de la salud a domicilio, los cuidados en un hogar de ancianos especializado o en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, centro de rehabilitación integral ambulatoria) finalizan demasiado pronto.

Modalidad	Información de contacto de KEPRO/Acentra Health (Organización para la mejora de la calidad de Oregón)
LLAMADA	888-305-6759 De lunes a viernes, de 6 a.m. a 2 p.m., hora del Pacífico. Fines de semana y días festivos, de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	711
CARTAS	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	**keproqio.com**

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad para Medicare y de tramitar la inscripción. Tienen derecho a afiliarse a Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplan ciertos requisitos. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse a Medicare. Para solicitar

inscribirse a Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también tiene la responsabilidad de determinar quién tiene que pagar un importe extra por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si ha recibido una carta del Seguro Social en la que se le comunica que tiene que pagar el importe adicional y tiene dudas sobre el importe o si sus ingresos han disminuido debido a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que se reconsidere su situación.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se lo informe al Seguro Social.

Modalidad	Información de contacto del Seguro Social
LLAMADA	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8.00 a.m. a 7.00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.

Modalidad	Información de contacto del Seguro Social
TTY	1-800-325-0778 Este número es solo para personas con dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8.00 a.m. a 7.00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Oregon Health Plan (Medicaid)

Para cumplir con los requisitos de CareOregon Advantage Plus, debe cumplir con los de Medicare y todos los beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid).

El Oregon Health Plan (Medicaid) es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a sufragar los costos médicos de determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, se ofrecen programas mediante Medicaid que pueden ayudar a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de

ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). Algunas personas con QMB también cumplen con los requisitos para obtener todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas con SLMB también cumplen con los requisitos para obtener todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).

Medicaid es un programa conjunto del gobierno Federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con el Oregon Health Plan.

Modalidad	Información de contacto de Oregon Health Plan (programa Medicaid de Oregón)
LLAMADA	Servicios al cliente del Oregon Health Plan: 800-273-0557 Disponible de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711
CARTAS	Oregon Health Authority Administrative Office 500 Summer St. NE E-20 Salem, OR 97301-1097
SITIO WEB	**oregon.gov/oha**

La Governor’s Advocacy Office (Oficina de Defensa del Gobernador) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con

problemas relacionados a los servicios o la facturación. Puede ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Modalidad	Información de contacto de la Governor's Advocacy Office
LLAMADA	503-945-6904 o línea gratuita al 800-442-5238 Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
CARTAS	Department of Human Services 500 Summer St. NE E-17 Salem, OR 97301 Correo electrónico: ***gao.info@dhsoha.state.or.us***
SITIO WEB	***oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages.gao.aspx***

La Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman (Oficina del Mediador de Cuidado a Largo plazo de Oregón) ayuda a las

personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre estas y los residentes o sus familias.

Modalidad	Información de contacto de la Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman
LLAMADA	503-378-6533 o línea gratuita al 800-522-2602 Disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711
CARTAS	830 D St. NE Salem, OR 97301 Correo electrónico: ***ltco.info@rights.oregon.gov***
SITIO WEB	***oltco.org***

SECCIÓN 7 Información sobre programas de ayuda para el pago de medicamentos con receta

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

Programa “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare

Debido a que cumple con los requisitos para inscribirse a Medicaid, tiene derecho y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para sufragar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer otra cosa para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a las siguientes opciones:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Social Security Office (Oficina del Seguro Social): 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La State Medicaid Office (Oficina Estatal de Medicaid) (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un importe incorrecto de costos compartidos cuando adquiere un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para que solicite ayuda a fin de obtener pruebas de su nivel de copago adecuado o, si ya dispone de las pruebas, para que nos las facilite.

- Si necesita ayuda para obtener pruebas de su nivel de subvención de “Ayuda adicional”, póngase en contacto con nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente e investigaremos a Medicare y el estado de Oregón para encontrar las pruebas necesarias que precisa.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correspondiente la próxima vez que adquiera un medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más por el copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el importe que pagó de más o le compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y usted lo adeuda, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si un estado ha pagado en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA y reúnen los requisitos para el ADAP a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden

salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta a través de CAREAssist. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, entre los que se incluyen la prueba de residencia en el estado y de la condición de seropositivo, bajos ingresos según el estado y la condición de no tener seguro médico o tener una cobertura insuficiente. Si cambia de plan, avísele al empleado a cargo de la inscripción en el ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 971-673-0144 o a la línea gratuita
800-805-2313.

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con Railroad Retirement Board

El Railroad Retirement Board (RRB, Consejo de Jubilación para Trabajadores Ferroviarios) es un organismo federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare mediante el Railroad Retirement Board, es importante que les comunique si se muda o cambia

de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios del Railroad Retirement Board, póngase en contacto con el organismo.

Modalidad	Información de contacto del Railroad Retirement Board
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si marca “0”, podrá hablar con un representante del 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. Si marca “1”, podrá acceder a la línea de asistencia automatizada del RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es solo para personas con dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	***rrb.gov***

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de enfermedad del trabajo?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios por su trabajo (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o sobre los beneficios médicos para jubilados, las primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

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

CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que tiene que saber sobre la utilización del plan para que le cubran la atención médica. En él se definen los términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros cuidados médicos cubiertos por el plan.

Para más información sobre la atención médica cubierta por nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4 *(Cuadro de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y cuidados médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros del cuidado de la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidados médicos que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores

presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le prestan. Cuando acude a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.

- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los equipos de suministros y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios médicos cubiertos figuran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare y del Oregon Health Plan (Medicaid), CareOregon Advantage Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener más información.

Por lo general, CareOregon Advantage Plus cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro figura en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de cuidado primario de la red (un PCP) que le proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud a domicilio. Esto se denomina remisión. Para más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - No es necesario que su PCP lo remita para recibir atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP

(para más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Debe recibir asistencia de un proveedor de la red** (para más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *He aquí tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesario de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para más información al respecto, y para ver qué significan los servicios de urgencia o necesarios de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la presten, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. Es posible que se necesite una autorización previa. En este caso, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener la autorización para

consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga al plan por la diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser más elevado.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le proporcione y supervise su cuidado

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- ¿Qué es un PCP? Su PCP es un médico clínico con médicos y/o enfermeros profesionales que cumplen los requisitos estatales y están capacitados para prestarle atención médica básica.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP? Los tipos de proveedores que actúan con más frecuencia como PCP son los siguientes: medicina de familia, medicina interna, medicina general y pediatría.
- ¿Cuál es la función de un PCP en su plan? Su PCP solicitará determinados servicios al plan. Esto se denomina autorización. Algunos ejemplos de cuidados que necesitan autorización son la hospitalización, la cirugía ambulatoria y el equipo médico duradero.
- ¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos? Por lo general, usted verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Su PCP también coordinará el resto de los

servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, a veces tendrá que obtener la aprobación de su PCP para ver a un especialista. Esto se denomina remisión. Su PCP también organizará pruebas de laboratorio, radiografías y terapias.

¿Cómo elige a su PCP?

Cada miembro de CareOregon Advantage tiene asignado un proveedor de cuidado primario (PCP). Si un nuevo miembro no elige un PCP en su solicitud de inscripción, el plan seleccionará un PCP para el miembro. Si usted ya es miembro, su PCP seguirá siendo el mismo que antes. Su PCP coordinará sus cuidados, excepto los relativos a la salud de la mujer y los cuidados de emergencia. Si su PCP ya no está en la red del plan donde usted es miembro, le notificaremos por escrito solicitando usted seleccione a un nuevo PCP. Si un miembro no elige un PCP en su solicitud de inscripción, el plan seleccionará un PCP para el miembro.

Cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar uno nuevo.

Para encontrar un nuevo PCP que acepte nuevos pacientes, puede consultar nuestro Directorio de proveedores en línea en

careoregonadvantage.org/providersearch. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar ayuda al 503-416-4279 o al número gratuito
888-712-3258, del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Cuando llame, no olvide indicar al Servicio de Atención al Cliente si acude a especialistas o recibe otros servicios cubiertos. El Servicio de Atención al Cliente lo ayudará a asegurarse de que el PCP que desea acepta nuevos pacientes, y de que usted puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP.

Cuando usted consigue un nuevo PCP, el cambio es efectivo inmediatamente.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin ser remitido por su PCP?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP.

- Cuidado de la salud de rutina de la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías de cribado (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.

- Inyecciones contra la gripe (o vacunas), el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencias prestados por proveedores de la red o de fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, los cuales son servicios que requieren atención médica inmediata y no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no son consideradas de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a

organizar la diálisis de mantenimiento durante su ausencia.

Sección 2.3 Cómo obtener asistencia de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de cuidado de la salud para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. He aquí algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Su PCP es responsable de remitirlo o enviar solicitudes (denominadas autorizaciones) a CareOregon Advantage Plus mientras usted sea miembro del plan. Algunos ejemplos de cuidados que necesitan autorización son la hospitalización, la cirugía ambulatoria y el equipo médico duradero. Para más información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

CareOregon Advantage Plus tomará la decisión de aprobar o denegar las solicitudes presentadas por su PCP. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen

derecho a apelar. Para más información sobre cómo apelar una denegación, consulte el Capítulo 9.

La selección de un PCP no lo limita a acudir a determinados especialistas u hospitales a los que lo remita su PCP. Los miembros pueden solicitar cualquier especialista u hospital de la red que figure en el Directorio de proveedores (***careoregonadvantage.org/providersearch***).

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de cuidado primario o de salud conductual abandona nuestro plan, se lo

notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.

  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.

- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continuada.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo.
- Le informaremos sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con los costos compartidos de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera

autorización previa. Consulte la Sección 2.4 para obtener información adicional sobre cómo obtener atención de un proveedor fuera de la red.

- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se ocupe de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no es adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Quality Improvement Organization (QIO, Organización para la mejora de la calidad), una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Puede consultar a PCP y especialistas fuera de la red para recibir servicios cubiertos por Medicare utilizando el beneficio Point of Service (POS) del plan. El proveedor fuera de la red al que acuda debe cumplir las mismas normas y reglamentos que nuestro plan establece para los proveedores dentro de la red. Por ejemplo, algunos servicios prestados por proveedores fuera de la red pueden requerir la autorización del plan antes de cualquier tratamiento. Para más información sobre los

beneficios de Point of Service, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Si un especialista o proveedor de CareOregon Advantage Plus no está disponible, su PCP nos preguntará si puede consultar a un proveedor fuera de la red. Si recibe atención que no es de emergencia de proveedores que no pertenecen al plan (fuera de la red) sin autorización previa, deberá pagar usted mismo el costo total, a menos que los servicios sean urgentes y nuestra red no esté disponible, o se trate de servicios de diálisis fuera del área. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar por servicios de emergencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o envíenos la factura para que la paguemos.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe

Sección 3.1 Recibir atención en caso de emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si la sufre?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos medios de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si

es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda al servicio de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* es necesario que su PCP lo autorice o lo remita. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la correspondiente licencia estatal, aunque no forme parte de nuestra red.

¿Qué está cubierto en caso de emergencia médica?

Puede obtener asistencia médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios.

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que lo atiendan de emergencia decidirán cuándo su estado es estable y se da por finalizada la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado sigue siendo estable. Nuestro plan cubrirá sus cuidados de seguimiento. Si su atención de emergencia es prestada por proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no era una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir a emergencias pensando que su salud está en grave peligro y que el médico le diga que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.

- - *O* - la atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y usted cumple las normas para recibir esta atención urgente (para más información al respecto, consulte la Sección 3.2).

Sección 3.2 Recibir atención en caso de necesidad urgente de servicios

¿Cuáles son los servicios que se necesitan urgentemente?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o bien, que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no son consideradas de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener los servicios urgentes de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente

y no es razonable esperar a obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede hacerlo accediendo a cualquier centro de urgencias participante disponible dentro del área de servicio del plan o, cuando se encuentre fuera del área de servicio, desde cualquier proveedor de atención de urgencias. Si necesita ayuda para localizar o acceder a la atención urgente, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) durante el horario laboral habitual. Para obtener ayuda en otros momentos, puede llamar gratuitamente a nuestra Línea de consulta de enfermería las 24 horas al 866-209-4589 si necesita asesoramiento sobre lo siguiente: con qué prontitud necesita atención para una enfermedad, qué tipo de cuidado de la salud es necesario, qué hacer para cuidarse antes de ir al médico y cómo puede obtener la atención que necesita.

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

Sección 3.3 Asistencia en caso de catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su área

geográfica, sigue teniendo derecho a recibir asistencia de su plan.

Visite el siguiente sitio web: ***careoregonadvantage.org*** para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener asistencia de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

Si ha pagado los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer. CareOregon Advantage plus solo puede reembolsar los servicios cubiertos por Medicare. En virtud de nuestro acuerdo con Oregon Health Plan (Medicaid),

no estamos autorizados a reembolsar los servicios cubiertos por Medicaid. Si se aprueba su solicitud de reembolso, nuestro pago solo cubrirá la cantidad permitida por Medicare (lo que normalmente pagaríamos a un proveedor por el servicio) y no cualquier porción que estaría cubierta por Medicaid, como el coaseguro y los deducibles de Medicare.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

CareOregon Advantage Plus cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no se autorizaron, usted deberá abonar el costo total de los servicios. En el Capítulo 4, Sección 3.1, se enumeran algunos servicios cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por Medicare. También puede obtener más información sobre los servicios cubiertos por Medicaid comunicándose con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir

su atención. Para más información sobre cómo apelar una decisión nuestra, consulte el Capítulo 9. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha utilizado.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste su interés, alguien que trabaje en él se comunicará con usted para explicarle más cosas sobre el estudio y ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos del estudio *y* comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, solo deberá abonar los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios de dicho ensayo. Si ha pagado más, por ejemplo, si ya ha abonado el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que presentar documentación que nos demuestre cuánto ha pagado. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo comunique ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del

estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Entre ellos se incluyen determinados beneficios especificados en las National Coverage Determinations (NCD, determinaciones nacionales de cobertura) y los Investigational Device Trials (IDE, ensayos de dispositivos en investigación), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros de Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos cubiertos por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

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

- Habitación y comida para una hospitalización que Medicare pagaría, aunque no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de los nuevos cuidados.

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

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes servicios**:

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo producto o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare lo cubriera, aunque usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica requiriera normalmente una sola tomografía computarizada.

- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante en el ensayo.

¿Desea saber más?

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

SECCIÓN 6 Normas para recibir asistencia en un centro de cuidado de la salud religioso no médico

Sección 6.1 ¿Qué es un centro de cuidado de la salud religioso no médico?

Un centro de cuidado de la salud religioso no médico es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un hogar de ancianos especializado va en contra de las

creencias religiosas de un miembro, le proporcionaremos en su lugar cobertura para la atención en un centro de cuidado de la salud religioso no médico. Este beneficio se concede solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médico).

Sección 6.2 Atención de un centro de cuidado de la salud religioso no médico

Para recibir atención de un centro de cuidado de la salud religioso no médico, debe firmar un documento legal que diga que se opone concienzudamente a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** hace referencia a cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** hace referencia a la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no* es voluntario o *es obligatorio* en virtud de leyes federales, estatales o locales.

Para contar con la cobertura de nuestro plan, los cuidados que reciba de un centro de cuidado de la salud religioso no médico deben cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que preste los cuidados debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe por parte de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de los cuidados.
- Si recibe servicios de este centro que se le prestan en un establecimiento, regirán las siguientes condiciones:
    - Debe padecer una afección que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o en un hogar de ancianos especializado;
    - -*y*- debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar en el establecimiento o no se cubrirá su estadía.

Rigen los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (para obtener más información, consulte el cuadro de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas de propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿El equipo médico duradero será de su propiedad después de efectuar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?

El Durable Medical Equipment (DME, equipo médico duradero) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para utilizar en el hogar. El miembro siempre posee determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos de otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarias del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de CareOregon Advantage Plus, normalmente no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En determinadas

circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) para informarse sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué ocurre con los pagos que ha efectuado por el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de pasarse a Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: ha efectuado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y después se ha afiliado a nuestro plan. Los pagos que haya efectuado en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: ha efectuado 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y después se ha afiliado a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no se convirtió en propietario mientras estaba en nuestro plan. Luego, vuelve a Medicare Original. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que vuelva a

afiliarse a Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sean a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios relacionados con el oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareOregon Advantage Plus cubrirá lo siguiente:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno;
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si abandona CareOregon Advantage Plus o deja de necesitar el equipo de oxígeno para fines médicos, deberá devolverlo.

¿Qué ocurre si abandona el plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y se encarga del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa

o irse a otra. En ese momento, vuelve a empezar el ciclo de cinco años, aunque permanezca en la misma empresa, por lo que debe pagar copagos durante los 36 primeros meses. Si se inscribe a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos

Aprobación de la Office of Management and Budget
(OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

(lo qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Servicios cubiertos

En este capítulo encontrará un cuadro de beneficios médicos en el que se mencionan los servicios cubiertos como miembro de CareOregon Advantage Plus. Más adelante en el capítulo encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que siga las normas del plan para recibir la asistencia. (En el Capítulo 3, encontrará más información sobre las normas de los planes para recibir cuidado médico).

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

Nota: Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable del pago de ningún gasto de bolsillo correspondiente al importe máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Al estar inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el importe que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan.

Este límite se denomina Maximum Out-Of-Pocket (MOOP, importe máximo de bolsillo) para los servicios médicos. Para el año natural 2025, este importe asciende a $9,350.

Los importes que pague por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este importe máximo de bolsillo. Los importes que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el importe máximo de su bolsillo. Además, los importes que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el importe máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de beneficios médicos. Si alcanza el importe máximo de gastos de bolsillo de $9,350, no tendrá que pagar ningún gasto durante el resto del año por los servicios cubiertos. No obstante, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para saber qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

En el Cuadro de beneficios médicos de las páginas siguientes se mencionan los servicios que cubre CareOregon Advantage Plus. La cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D figura en el Capítulo 5. Los servicios que se mencionan en el cuadro están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluido el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, y los medicamentos con recetas de la Parte B) *deben* ser necesarios por motivos médicos. Necesario por motivos médicos significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, inclusive si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe asistencia de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de urgencia o de emergencia, o que su plan o un proveedor de la red lo haya remitido. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios

prestados.

- Tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que le proporciona atención y la supervisa. En la mayoría de los casos, su PCP debe dar su autorización por adelantado antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina remisión.
- Algunos de los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están en **negrita** en el Cuadro de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

A continuación, le compartimos otras cosas importantes que hay que saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre el cuidado de la salud y los

medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como *los cuidados a largo plazo, los medicamentos de venta sin receta y los servicios a domicilio y comunitarios.*

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. En línea puede encontrarlo en www.medicare.gov o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que Medicare Original cubre de manera gratuita, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o se le realiza un seguimiento por una afección existente, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección existente.

- Si Medicare suma la cobertura de algún servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si tiene reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid, los importes de los costos compartidos serán cubiertos por Medicaid. Consulte la Sección 3.1 del Capítulo 4 para conocer los servicios a los que tiene derecho en virtud de su plan de Medicaid.
- Si se encuentra dentro del período de dos meses de elegibilidad continuada de nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en su cobertura del Oregon Health Plan (Medicaid) ni pagaremos la prima de Medicare o los costos compartidos que se pagarían normalmente por usted si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid.

Usted no paga nada por los servicios que se mencionan en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

- Información importante sobre los beneficios para afiliados que reúnen los requisitos para “Ayuda adicional”:
  - Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los gastos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coaseguro, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios suplementarios específicos o para una disminución específica de los costos compartidos.
  - Para obtener más detalles, consulte el renglón de Value-Based Insurance Design (VBID, Diseño del Seguro Basado en el Valor) en el Cuadro de Beneficios Médicos que se muestra a continuación.

🍏 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de aneurisma aórtico abdominal** Una ecografía única de detección para personas de riesgo. El plan solo cubre este examen si usted presenta determinados factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermero especialista o especialista en enfermería clínica lo remite.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnan los requisitos para este examen preventivo.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, para que sea crónico, el dolor lumbar debe tener las siguientes características: • Dura 12 semanas o más; • Es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado a una cirugía; y • No está asociado al embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No podrán realizarse más de 20 tratamientos de acupuntura al año.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos para los proveedores: Los médicos (tal y como se definen en los apartados 1861[r][1] de la Social Security Act [Ley de Seguro Social] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales pertinentes. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y cuentan con lo siguiente:	

• un título de máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS como lo exige nuestra normativa en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Normativas Federales).	
Servicios de ambulancia	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen los servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y ala rotatoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar cuidado solo si se prestan a un miembro cuyo estado de salud sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es necesario por motivos médicos.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Visita anual de bienestar	
Si ha estado afiliado a la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado de acuerdo con su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta visita se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: La primera visita anual de bienestar no puede tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva de bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de bienvenida a Medicare para contar con la cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber estado afiliado a la Parte B durante 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Medición de la masa ósea**	
Para las personas que reúnan los requisitos (en general, se trata de personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son necesarios por motivos médicos: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)** Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años. • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardiovascular	
Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiovascular que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan determinadas condiciones con la remisión de un médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardiovascular intensivos que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardiovascular.	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares)** Cubrimos una visita al año con su médico de cuidado primario para ayudarle a disminuir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es posible que el médico hable con usted sobre el consumo de aspirinas (si corresponde), le tome la presión arterial y le dé consejos para asegurarse de que lleva una alimentación sana.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio de la prevención de enfermedades cardiovasculares con terapia conductual intensiva.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Pruebas de enfermedades cardiovasculares** Los análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) se cubren una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares con una cobertura de una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Tarjeta CareCard de CareOregon Advantage Este es un Beneficio Modelo del Value-Based Insurance Design (VBID). La tarjeta CareCard de CareOregon Advantage permite a sus afiliados gastar $1,378 al año ($344.50 por trimestre) para: • Alimentos saludables • Artículos de venta libre • Servicios públicos Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre. Consulte su Guía de Bienvenida o contacte a Servicio al Cliente para más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para utilizar este beneficio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello de útero** Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer vaginal o de cuello de útero, o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou con resultados anormales en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los exámenes ginecológicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios quiroprácticos	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	$0
• Solo cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	**ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

🍏 Examen de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no presenten un alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o un enema opaco. • Una sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir	No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico. Para obtener más información,

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
de la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces con diversos objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de ser pacientes de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	consulte **Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios**.

- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de ser pacientes de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Un enema opaco como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y tras 24 meses desde el último enema opaco de detección o la última colonoscopia de detección.
- Un enema opaco como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema opaco de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.
- Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba fecal de detección de cáncer colorrectal no

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en una serie limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es una parte esencial del tratamiento específico de la afección principal de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.	Servicios cubiertos por Medicare: $0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de detección de depresión**	
Cubrimos un examen de detección de depresión al año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o hacer remisiones.	No hay coaseguro, copago ni deducible para una visita anual para un examen de detección de depresión.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Detección de la diabetes**	
Cubrimos este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para un máximo de dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

🍏 Formación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que padecen la enfermedad del pie diabético grave: por año natural, un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas suministradas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
personalizadas suministradas con dichos zapatos). La cobertura incluye las pruebas de ajuste. • La formación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo determinadas condiciones.	

DME y suministros relacionados (Para leer la definición de DME, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 del presente documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante concreto, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web	$0 Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de $0, todos los meses. Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
careoregonadvantage.org/providersearch .	

Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su estado de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
de la red es la misma que para dichos servicios prestados dentro de la red. No está cubierto fuera de EE.UU. y sus territorios, salvo en circunstancias limitadas. Para más información, comuníquese con el plan.	

🍏 Programas de educación para la salud y el bienestar • **El Programa Silver&Fit Healthy Aging and Exercise (Envejecimiento saludable y ejercicio Silver&Fit):** Como miembro de Silver&Fit, dispone de las siguientes opciones sin costo alguno para usted: ○ **Membresía para el gimnasio:** Puede acudir a los gimnasios o a las instalaciones de la Young Men's Christian Association (YMCA) participantes en el programa que estén cerca de usted. ○ **Kits de gimnasia para el hogar:** Tiene derecho a recibir un kit de gimnasia a domicilio por año de beneficios de una variedad de categorías de gimnasia. ○ **Planes de entrenamiento:** Respondiendo a unas cuantas preguntas en línea sobre sus	No hay coaseguros, copagos ni deducibles para estos programas.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
áreas de interés, recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo empezar y videos de entrenamiento sugeridos. ○ **Entrenamientos digitales:** Puede ver videos a pedido a través de la biblioteca digital de entrenamientos del sitio web, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ **Entrenamiento personal virtual FitnessCoach: Puede** participar en hasta 8 sesiones virtuales en directo al año con un entrenador personal certificado. ○ Los servicios de membresía no estándar que requieran una cuota adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. ○ Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Las instalaciones y cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de audición	
Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección del VIH	
Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para someterse a pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.

Agencia de atención de la salud a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita ordenará que se los preste una agencia de atención de la salud a domicilio. Debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de su hogar supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia de la salud a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de atención de la salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana).	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	

Terapia de infusión a domicilio	
La terapia de infusión a domicilio consiste en la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	$0 ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de cuidados. • Formación y educación del paciente no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Control remoto. • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión a	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio.	

Cuidados paliativos Tiene derecho al beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un diagnóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por CareOregon Advantage Plus.

• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo. • Atención domiciliaria • Para servicios de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su diagnóstico terminal: Medicare Original (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el centro de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.	
Cuidados paliativos (continuación) Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados	

con su diagnóstico terminal: Si necesita servicios que no son urgentes ni de emergencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener una autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el importe del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará los gastos compartidos de Medicare de tarifa por servicio (Medicare Original).

Para servicios cubiertos por CareOregon Advantage Plus pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:

CareOregon Advantage Plus seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el costo compartido de estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su estado terminal de cuidados paliativos, entonces pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan. Si desea más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Nota: Si necesita cuidados no paliativos (cuidados que no están relacionados con su diagnóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para concertar los servicios. **Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para un enfermo terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.**	

Vacunas	
Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de otras vacunas para adultos en el marco de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
Servicios de apoyo a domicilio Hasta sesenta (60) horas de visitas a domicilio al año con Papa Pals. Este beneficio ayuda a los miembros con las	No hay coaseguro, copago ni

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
actividades instrumentales de la vida diaria, como el transporte, la compra, la preparación de la comida, la gestión económica y la administración de medicamentos. El personal de apoyo también puede satisfacer las necesidades de asistencia tecnológica, ayuda para acceder a los beneficios de los miembros (como la activación de tarjetas CareCard, la programación de transporte médico no urgente, etc.) y apoyo con las necesidades sociales. Las visitas están disponibles los siete días de la semana, entre las 8 a.m. y las 7 p.m. hora local, excepto el Día de Acción de Gracias, Navidad y Año Nuevo. Para programar una cita, llame al 1-855-485-8832 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m. hora local.	deducible para este servicio.

Atención hospitalaria	
Incluye hospitales de casos agudos, de rehabilitación, de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día en que usted ingresa formalmente en el hospital por orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Los servicios incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Drogas y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos.	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Material quirúrgico y médico necesario. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Gastos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios de hospitalización por abuso de sustancias.	

Atención hospitalaria (continuación)	
• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por acudir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si CareOregon Advantage Plus proporciona	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su estado de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide obtener trasplantes en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.

- Sangre: almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios médicos

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirle formalmente como paciente ingresado en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en ***https://es.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf*** o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.	

Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico • Los servicios cubiertos incluyen los servicios de cuidado de la salud mental que requieren hospitalización. Cubrimos hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental en régimen de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria se aplica a los servicios de salud mental en régimen de hospitalización prestados en un hospital general. **Nota:** Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria o atención especializada en un Skilled Nursing Facility (SNF, centro de enfermería especializada) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un SNF una vez finalizado un período de beneficio, comienza un	**SALVO EN CASO DE EMERGENCIA, PUEDEN APLICARSE NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
nuevo período de beneficio. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficio. No hay límite al número de períodos de beneficio.	

Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta. Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:	Para cada servicio, consulte las secciones correspondientes de este Cuadro de beneficios para conocer los beneficios, normas y límites.
• Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos.	Consulte **Servicios del médico/profesional, visita al consultorio del PCP o del especialista**
• Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que sustituyan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inactivo o que funcione mal, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	**terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte **Prótesis y material relacionado** Consulte **Servicios de rehabilitación ambulatoria**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 Terapia médica nutricional	
Este beneficio está destinado a las personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón, siempre que sean remitidas por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año natural.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Programa Medicare de Prevención de la Diabetes)** Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. • El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de la salud que proporciona formación práctica en el cambio dietético a largo plazo, el aumento de la actividad física y las estrategias de resolución de problemas para superar los retos que supone mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	$0
Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que tome utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan.	**ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN** Algunos medicamentos que se inyectan o infunden mientras recibe atención de un médico, un centro hospitalario ambulatorio o un centro de atención quirúrgica ambulatoria están sujetos a las normas de la

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
	terapia escalonada.

- El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Consulte a su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.
- Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si padece hemofilia.
- Medicamentos por trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos por trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores.

Tome en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre

- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se administran por vía oral 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 ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre

- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de una medicamento intravenoso contra las náuseas

- Ciertos medicamentos orales para la End-Stage Renal Disease (ESRD, Enfermedad Renal Terminal) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre
- Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®

Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos

- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene una enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa,

Mircera® o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta)

- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

Visite careoregonadvantage.org/druglist para obtener una lista de los medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada.

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
🍏 **Examen de detección de la obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida** Si tiene un índice de masa corporal igual o superior a 30, le ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de cuidados primarios, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de cuidado primario o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de la obesidad y la terapia.

Servicios del programa de tratamiento de opiáceos Los miembros de nuestro plan con trastorno por Opioid Use Disorder (OUD, consumo de opiáceos) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP, Programa de tratamiento de opiáceos) que incluye los siguientes servicios: **Medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) de EE.UU. para el Medication-Assisted Treatment (MAT, tratamiento asistido con medicamentos).** • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el abuso en el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Evaluaciones periódicas	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Rayos X. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Material quirúrgico, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre: almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los importes de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.	

Servicios hospitalarios ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias. • Servicios en clínica una ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. • Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un	Para cada servicio, consulte las secciones correspondientes del Cuadro de beneficios para conocer las normas y límites de los beneficios. **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN** Consulte **Atención de emergencia** Clínica ambulatoria:

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
tratamiento hospitalario sin ella.	Consulte **Servicios médicos**

• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital. • Material médico, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse.	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios**
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	Cuidado de la salud mental: Consulte **Cuidado ambulatorio de la salud mental**
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para ingresarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los importes de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un	Hospitalización parcial: Consulte **Servicios de hospitalización parcial** Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare titulada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.	**suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, licensed professional counselor (LPC, consejero profesional con licencia), licensed marriage and family therapist (LMFT, terapeuta matrimonial y familiar con licencia), nurse practitioner (NP, enfermero practicante), physician assistant (PA, asistente médico).	$0 **Fuera de la red:** $0 **Existe un límite en el importe que nuestro plan pagará por los servicios fuera de la red. Para más información, consulte la sección Point-of-Service de este Cuadro de beneficios.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios ambulatorios de rehabilitación	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	$0
Los servicios de rehabilitación ambulatoria se prestan en diversos centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultas de terapeutas independientes y Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORF).	**ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Están cubiertos los servicios y suministros para tratar la dependencia química en régimen ambulatorio (terapia individual o de grupo).	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Nota:** Si va a someterse a una intervención quirúrgica en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los importes de costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. *Los servicios ambulatorios intensivos* son un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Personal Emergency Response System (PERS, Sistema personal de respuesta ante emergencias) Dispositivo portátil de sistema de alerta médica que proporciona vigilancia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en la mayoría de los lugares con servicio de telefonía móvil. Los miembros no necesitan tener su propio servicio de telefonía móvil para utilizar este beneficio.	No hay coaseguro, copago ni deducible para este beneficio.

Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Atención médica o servicios de cirugía que son necesarios por motivos médicos y se prestan en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telemedicina, como su médico de cuidado primario y servicios especializados.	**Dentro de la red:** $0 por cada consulta al médico de cuidado primario cubierta por Medicare. $0 por cada consulta al especialista cubierta por Medicare. **Fuera de la red:** $0 por cada consulta al médico de cuidado primario cubierta por Medicare. $0 por cada consulta al especialista

○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una consulta presencial o por telemedicina. Si opta por recibir uno de estos servicios por telemedicina, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca esta modalidad de servicio.	cubierta por Medicare. No hay coaseguro, copago ni deducible para este beneficio.
• Algunos servicios de telemedicina, como las consultas, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o facultativo, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	**Existe un límite en el importe que nuestro plan pagará por los servicios fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección Point-of-Service de este Cuadro de beneficios.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Servicios de telemedicina para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en la vivienda del miembro. • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para miembros con trastornos por consumo de sustancias o trastornos concurrentes de salud mental,	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios

independientemente de su ubicación.
• Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si cumple con las siguientes condiciones:
  ○ Ha tenido una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina.
  ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina.
  ○ Se pueden hacer excepciones a las condiciones anteriores en determinadas circunstancias.
• Servicios de telemedicina para consultas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
centros de salud calificados a nivel federal. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de una duración de entre 5 y 10 minutos **si** cumple con las siguientes condiciones: ○ Usted no es un paciente nuevo; **y** ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** ○ El chequeo no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o en la cita más próxima disponible. • Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si** cumple con las siguientes condiciones:	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ Usted no es un paciente nuevo; **y** ○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o en la cita más próxima disponible. • Consultas que su médico mantiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una intervención quirúrgica. • Atención odontológica que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o de las estructuras relacionadas, la fijación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación por una enfermedad neoplásica o los servicios que	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
estarían cubiertos si los prestara un médico).	
Servicios de podología	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidados rutinarios de los pies para los miembros con determinadas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. • Consultas podológicas de rutina suplementarias ilimitadas.	$0

Point of Service CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) tiene una opción de Point of Service (POS) que le permite recibir atención de proveedores fuera de la red para los siguientes servicios: • visitas al consultorio del PCP; • visitas al consultorio del especialista; • sesiones individuales para servicios especializados de salud mental; • sesiones de grupo para servicios especializados de salud mental.	Para obtener más información sobre los costos compartidos, consulte el apartado **Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio médico**.
El monto aplicado al máximo anual se basa únicamente en el importe que pagamos al proveedor fuera de la red por una visita al consultorio. **Una vez alcanzado el máximo de beneficio de $1000, no pagaremos los servicios prestados por un especialista o proveedor de cuidado primario fuera de**	Para obtener más información sobre los costos compartidos, consulte el apartado **Cuidado ambulatorio de la salud mental**.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
la red y los gastos pasarán a ser su responsabilidad. El costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare es un servicio cubierto por Medicaid. Los proveedores no están autorizados a facturar por los servicios cubiertos a los miembros que cumplen los requisitos de Medicaid. Si se le envía una factura por servicios recibidos mientras utilizaba los beneficios del POS, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de CareOregon Advantage. Los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto.	**Existe un límite anual de $1000 para los servicios fuera de la red.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Exámenes de detección de cáncer de próstata** Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • examen de tacto rectal; • prueba de Prostate Specific Antigen (PSA, antígeno prostático específico).	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.

Prótesis y materiales relacionados Dispositivos (no dentales) que sustituyen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no están limitados a, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de una colostomía, marcapasos, aparatos de ortodoncia, calzado protésico, prótesis de las extremidades y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con prótesis, así como la reparación o la sustitución de prótesis. También incluye cierta cobertura tras la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte el apartado **Cuidado de la vista** más adelante en esta sección.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**
Servicios de rehabilitación pulmonar	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	

Examen físico de rutina	
Nuestro plan cubre un examen físico anual de rutina por separado, además de una visita anual de bienestar o el examen físico de bienvenida a Medicare. Un examen físico anual de rutina es un control y una evaluación médica preventiva integral, y puede incluir lo siguiente: • antecedentes médicos, sociales y familiares; • examen físico completo y revisión de los sistemas del organismo; • revisión de los medicamentos; • vacunas; • asesoramiento/orientación preventiva/intervenciones para reducir los factores de riesgo; • revisión de las pruebas de exploración apropiadas para la edad y el sexo. **Nota:** Cualquier procedimiento de laboratorio o diagnóstico que se solicite no	No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen físico de rutina.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
está cubierto por este beneficio y el miembro deberá abonar el costo compartido de dichos servicios por separado.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
🍏 **Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo en exceso de alcohol** Cubrimos una prueba de detección de consumo en exceso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes. Si da positivo en un examen de consumo en exceso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de cuidado primario calificado en un centro de atención primaria.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo en exceso de alcohol cubierto por Medicare.

🍏 Prueba de detección de cáncer de pulmón con Low Dose Computed Tomography (LDCT, tomografía computarizada con dosis bajas) Las personas que cumplan con los requisitos tienen una LDCT cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben un pedido por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas que cumple con los criterios de Medicare para tales consultas y que sea brindado por un médico o profesional no médico calificado.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT: el miembro debe recibir un pedido por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta oportuna con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por realizar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la detección del cáncer de pulmón para posteriores pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare.	

🍏 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de cuidado primario. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, con una duración de entre 20 y 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las proporciona un proveedor de cuidado primario y tienen	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	

Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar cómo cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con insuficiencia renal crónica en estadio IV remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones en total de servicios de educación sobre la insuficiencia renal. • Tratamientos ambulatorios de diálisis (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de la zona de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no pueda acceder a él momentáneamente).	$0

- Tratamientos de diálisis en régimen de hospitalización (si está hospitalizado para recibir cuidados especiales).
- Formación en la diálisis en casa (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa).
- Equipos y material para la diálisis en casa.
- Determinados servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de personal de diálisis calificado para controlar cómo realiza la diálisis en casa, ayudarlo en caso de emergencia y comprobar su equipo de diálisis y el suministro de agua).

Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Parte B, consulte el apartado **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**.	

Cuidados en Skilled Nursing Facility (SNF)	$0
(Para ver la definición de centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 del presente documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).	El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:	
• Habitación semiprivada (o privada si es necesario por motivos médicos). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	El período de beneficios finaliza cuando no ha estado en un SNF durante 60 días seguidos.
• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidados (lo que incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre).	No se requiere hospitalización previa. No se le cobrarán costos compartidos

• Sangre: almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de hematíes comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos brindados habitualmente por los SNF. • Análisis de laboratorio brindados habitualmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos prestados habitualmente por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, proporcionados habitualmente por los SNF. • Servicios médicos. Por regla general, recibirá los cuidados del SNF en centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se indican a continuación, podrá recibir cuidados de un centro que no pertenezca a la red, siempre que dicho centro acepte los importes de pago de nuestro plan.	adicionales por servicios profesionales. **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidados continuos para jubilados donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que ofrezca cuidados de enfermería especializada). • Un SNF en el que viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento de abandonar el hospital.	

🍏 Deshabituación tabáquica (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos sesiones de asesoramiento para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses, pero usted deberá pagar el costo compartido correspondiente. Cada sesión de	No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	
Beneficios suplementarios especiales para personas con hipertensión Las personas diagnosticadas con hipertensión no pagan nada por un dispositivo de control de la presión arterial cada 24 meses de los modelos autorizados. Visite **careoregon.nationsbenefits.com/login** o llame al 877-278-9003.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este beneficio.

Supervised Exercise Therapy (SET, kinesioterapia supervisada)	
La SET está cubierta para los miembros que padecen Peripheral Artery Disease (PAD, arteriopatía periférica) sintomática y una remisión para la PAD por parte del médico responsable del tratamiento de esta enfermedad. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa para SET. El programa para SET debe cumplir lo siguiente: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de ejercicio y entrenamiento para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por el personal auxiliar calificado necesario para	$0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la arteriopatía periférica. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado. La SET puede tener una cobertura de más de 36 sesiones a lo largo de 12 semanas con 36 sesiones adicionales a lo largo de un período de tiempo prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por motivos médicos.	

Servicios que se necesitan con urgencia	
Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o aun y cuando se encuentre dentro del área de servicio del plan, que no sea razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no son consideradas de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.	$0 por cada consulta virtual.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de Estados Unidos y sus territorios.	
Consultas virtuales Teladoc es su proveedor de atención virtual urgente. Los médicos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana por teléfono, videollamada o a través de la aplicación. Utilice su teléfono o la aplicación, o visite ***Teladoc.com*** para crear una cuenta. También puede comunicarse por teléfono con el servicio de atención para miembros de Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 800-835-2362. TTY: 711.	$0 por cada consulta virtual.

🍏 Cuidado de la vista

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oftalmológicos rutinarios (refracción ocular) para gafas/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de glaucoma son las que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las diabéticas, las afroamericanas de 50 años o más y las hispanoamericanas de 65 años o más.	**Estándar:** $0 **Suplementario:** • copago de $0 por examen oftalmológico suplementario de rutina; • asignación de $175 para monturas; o • $100 para lentes de contacto.

- Para los diabéticos, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.
- Un par de gafas o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir dos gafas después de la segunda).

Cuidados de la vista suplementarios:

- Examen oftalmológico de rutina cada 12 meses.
- Elección de cristales y monturas o lentes de contacto.
    - Los cristales pueden ser monofocales, bifocales o trifocales.
    - Actualización gratuita para cualquier categoría de lentes progresivas o de alto índice.

🍏 Consulta preventiva de bienvenida a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única de **bienvenida a Medicare**. La consulta incluye una revisión de su estado de salud, así como formación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (como determinadas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otros cuidados si fuera necesario. • **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *bienvenida a Medicare* solo dentro de los 12 primeros meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando concierte su cita, comunique al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva de *bienvenida a Medicare.*	No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de **bienvenida a Medicare**.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de CareOregon Advantage Plus?

Sección 3.1 Servicios *sin* cobertura de CareOregon Advantage Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por CareOregon Advantage Plus, pero están disponibles a través del Oregon Health Plan (Medicaid):

Acupuntura	$0 Además de los beneficios de acupuntura de Medicare cubiertos para diagnósticos de dolor lumbar. Los beneficios de Medicaid ofrecen acupuntura para tratar otros diagnósticos médicos o conductuales, como dolores de cabeza, trastornos por uso de sustancias, dependencia del tabaco, osteoartritis, embarazo y afecciones de la espalda y la columna, incluyendo la escoliosis.

	Se requiere autorización - el límite de visitas por año depende del diagnóstico.
Beneficios dentales	$0 Los servicios disponibles incluyen: • Exámenes y rayos X/radiografías (incluye detección de cáncer bucal) • Limpiezas, fluoruros, empastes y extracciones • Limpieza profunda de las encías • Servicios dentales de emergencia • Dentaduras postizas completas cada 10 años y parciales cada 5 años si lo recomienda su dentista (se requiere autorización) • Ajuste de dentaduras postizas, reemplazo de dientes postizos perdidos o rotos

	Para más información, se recomienda a los afiliados que se comuniquen con su plan dental que figura al reverso de la tarjeta de identificación de afiliación a su CCO, o directamente con su Organización de Atención Coordinada.
Planificación familiar, control de la natalidad, esterilización y maternidad	$0 Estos servicios le ayudan a planificar la posibilidad de tener hijos (o decidir no tenerlos), incluyendo la cantidad y el momento de tenerlos. Sin límite. Algunos ejemplos son el control de natalidad y los exámenes anuales.
Atención para afirmación de género	$0 Esta atención ayuda a las personas que necesiten tratamiento relacionado con su transición de género o disforia (sensación de malestar o equivocación). Algunos ejemplos incluyen

	supresión de la pubertad, visitas a médicos de atención primaria y especialistas, visitas de atención de salud mental, terapia hormonal, análisis de laboratorio y algunas cirugías. La cobertura se basa en las guías del OHP y se deben cumplir ciertos requisitos para recibir los servicios.
Aparatos auditivos y baterías	$0 Los afiliados de 21 años o mayores que cumplan los requisitos están limitados a un aparato auditivo cada cinco años (se pueden autorizar dos si se cumplen ciertos requisitos). Los afiliados menores de 21 años que cumplan los requisitos tienen derecho a dos aparatos auditivos cada tres años, o según sea médicamente necesario. Los afiliados con aparatos auditivos pueden recibir al

	año hasta 60 baterías para dichos aparatos.
Suministros para la incontinencia	$0 Los suministros para incontinencia (pañales para adultos, calzoncillos desechables, cubrecamas, guantes) están cubiertos a través de los proveedores de Equipos Médicos Duraderos.
Programa de entrega de comidas (solo para después de ser dado de alta) Después de ser dado de alta de un hospital, centro de rehabilitación o centro de enfermería especializada, puede recibir hasta 28 días de entregas de comidas a su domicilio (un máximo de 56 comidas, o dos comidas al día). Se requiere una referencia.	$0 Solo disponible para afiliados a los cuales CareOregon les administra Medicaid Se requiere referencia.
Transportación que no es de emergencia	$0 Estos servicios le ayudan a acudir a sus citas médicas. El Servicio de Atención al Cliente

	puede trabajar con usted para encontrar el tipo de viaje adecuado y menos costoso que se adapte a sus necesidades. Algunos ejemplos incluyen el reembolso de kilometraje, los abonos de transporte y los traslados proporcionados por vehículos. Para traslados proporcionados por vehículos: •Los afiliados de CPCCO pueden contactar a NW Rides al 888-793-0439 o TTY 711. Sitio web: nwconnector.org/nw-rides/ •Los afiliados de JCC pueden contactar a Translink al 888-518-8160 o TTY 711. Sitio web: rvtd.org/translink/ •Los afiliados de HSO pueden contactar a Ride to Care al 855-321-4899 o TTY 711. Sitio web: ridetocare.com/

	•Los afiliados quienes no pertenezcan a un CCO deben contactar a OHA para identificar los servicios que ofrecen traslados en su área.
Pelucas	$0 Precio máximo de $150 por 1 peluca. Se requiere autorización. Debe tener un diagnóstico de pérdida del cabello debido a quimioterapias o radioterapias.
Yoga	$0 Hasta 30 visitas al año. Los proveedores deben tener un número de identificación de Medicaid de Oregon o facturar a través de un médico clínico registrado con un número de identificación de Medicaid de Oregon. Se requiere autorización.
Medicamentos sin receta	$0

	Medicaid también cubre algunos over-the-counter (OTC, medicamentos sin receta) cuando sean prescritos por su médico o farmacéutico. Los medicamentos OTC son aquéllos que usted compraría normalmente en una tienda o farmacia sin una receta, como por ejemplo aspirinas.
Necesidades sociales relacionadas con la salud	$0 Health-related social needs (HRSN, necesidades sociales relacionadas con la salud) se refieren a obstáculos para la salud, como vivienda o acceso a alimentos. Contacte a su CCO para conocer los servicios de HRSN que estén disponibles de manera gratuita. Los servicios de HRSN incluyen servicios de vivienda, servicios climáticos y servicios de nutrición.

Esta lista no es exhaustiva. Póngase en contacto con su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de atención coordinada), o con Oregon Health Plan si no está en una CCO, para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por el Oregon Health Plan. Los números de teléfono figuran en la contratapa de su tarjeta de identificación de CCO u Oregon Health.

Algunos servicios están cubiertos por el estado, como los abortos y los servicios de muerte digna.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 4.1 Servicios *sin* cobertura del plan (exclusiones de Medicare)

En esta sección, se le indica qué servicios están excluidos por Medicare.

En el siguiente cuadro se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare en ninguna circunstancia o que están cubiertos por Medicare solo en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), usted deberá solventar los gastos, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios siguen sin estar

cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela por el servicio y se decide tras la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias. • También cubierto bajo los beneficios de Medicaid para diagnósticos adicionales.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos estéticos		• Cubiertos en caso de lesiones tras accidentes o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de una mama tras una mastectomía, así como de la mama no afectada para producir un aspecto simétrico.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Cuidados asistenciales Por cuidados asistenciales se entiende cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico calificado, como los cuidados que le ayudan con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son aceptados en líneas generales por la comunidad médica.		• Pueden estar cubiertos por Medicare Original en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Honorarios que cobran sus familiares directos o miembros de su familia por los cuidados prestados	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su vivienda	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Comidas a domicilio	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Servicios domésticos que incluyen asistencia con las actividades domésticas básicas, como limpieza o preparación de comidas ligeras.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en ninguna circunstancia	Cubierto solo en condiciones específicas
Cuidados odontológicos no rutinarios		• Los cuidados odontológicos necesarios para tratar una enfermedad o lesión pueden estar cubiertos en régimen de hospitalización o ambulatorio.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		• Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de esta. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Objetos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Habitación privada en un hospital		• Cubierto solo cuando sea necesario por motivos médicos.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Cuidados quiroprácticos de rutina		• Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Cuidados odontológicos de rutina, como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas	**No cubierto en ninguna circunstancia**	• Cubierto por los beneficios de Medicaid
Exámenes oftalmológicos rutinarios, gafas, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión baja		• El examen oftalmológico y un par de gafas (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas tras una operación de cataratas.
Cuidados de rutina de los pies		• Cobertura limitada según las directrices de Medicare (por ejemplo, si padece diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	**No cubierto en ninguna circunstancia**	**Cubierto solo en condiciones específicas**
Exámenes rutinarios de audición, audífonos o exámenes para ajustar audífonos	**No cubierto en ninguna circunstancia**	
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	**No cubierto en ninguna circunstancia**	

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos

Aprobación de la Office of Management and Budget
(OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

con receta de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Debido a que cumple con los requisitos para Oregon Health Plan (Medicaid), tiene derecho y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para sufragar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, es posible que **algunos detalles de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se apliquen a usted.** Le enviamos un folleto aparte, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como Low-Income Subsidy Rider [Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no dispone de este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la

Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por los beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid). Póngase en contacto con su CCO o con Oregon Health Plan si no está en una CCO, para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por el Oregon Health Plan. Los números de teléfono figuran en la contratapa de su tarjeta de identificación de CCO u Oregon Health Plan.

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga las normas básicas que se mencionan a continuación:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le haga una receta válida según las leyes estatales correspondientes.
- Su prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por regla general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta las recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Para más información acerca de las restricciones de su cobertura, consulte el apartado 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuran en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar *el Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ***(careoregonadvantage.org/pharmacy***) y/o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué ocurre si la farmacia a la que ha estado acudiendo abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web ***careoregonadvantage.org/pharmacy****.*

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada.

Entre las farmacias especializadas figuran:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicio al Indian Health Service (Servicio de Salud Indígena)/Tribal/Urban Indian Health Program (Programa de Salud Indígena Urbana) (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencias, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte *el Directorio de farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Utilización del servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que se toman de forma regular, para una afección crónica o de larga duración. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra "Lista de medicamentos".

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro del medicamento para 30 días *como mínimo* y para 100 días *como máximo*.**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, puede descargar una copia del formulario de pedido por correo de nuestro sitio web, ***careoregonadvantage.org/pharmacy***, o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para que le enviemos una copia.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días. Si sus medicamentos no llegan en ese plazo, llame al Servicio de Atención al Cliente y podremos ayudarle.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente de la consulta de su médico.
Cuando la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si desea que se la surtan inmediatamente o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para hacerle saber si debe enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Resurtidos de recetas por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático denominado "OptumRX Automatic Refill Program" (Programa de resurtido automático OptumRX). Con este programa, empezaremos a tramitar automáticamente su siguiente receta cuando nuestros registros indiquen que está a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicación, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicación o si su medicación ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se agote su receta actual. Así se asegurará

de que su pedido le llegue a tiempo.

Para darse de baja del Optum Rx Automatic Refill Program que prepara automáticamente los resurtidos de pedidos por correo, llame al Servicio de ayuda farmacéutica de Optum Rx en los tres días hábiles siguientes al resurtido. Puede comunicarse con Optum llamando al 866-325-7344, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Sección 2.4 ¿Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro ampliado) de los medicamentos de mantenimiento de la “Lista de medicamentos” de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que se toman de forma regular, para una afección crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de

mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede acudir a una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos dispensados en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero al Servicio de Atención al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se indican las circunstancias en las que cubriríamos las recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red:

- Usted viaja fuera del área de servicio del plan y necesita un medicamento cubierto y no puede acceder a una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de su área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que preste servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Un determinado medicamento cubierto que usted necesita no se encuentra regularmente en existencias en una farmacia accesible de la red de farmacias minoristas o de pedido por correo.
- Un medicamento es dispensado por una farmacia de un centro fuera de la red mientras usted es paciente de un servicio de emergencias, una clínica de un proveedor, un centro de cirugía ambulatoria u otra farmacia para pacientes ambulatorios.

Los suministros de farmacias fuera de la red están limitados a 30 días.

En estas situaciones, **consulte primero al Servicio de Atención al Cliente** para ver si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que tenga que

pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se solicita el reembolso al plan?

Si tiene que acudir a una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total en lugar de su costo compartido normal en el momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la "Lista de medicamentos" del plan

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

El plan dispone de una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).* En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este organismo.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por los beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid). Póngase en contacto con su CCO o con Oregon Health Plan si no está en una CCO, para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por el Oregon Health Plan. Los números de teléfono figuran en la contratapa de su tarjeta de identificación de CCO u Oregon Health Plan.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan, siempre que cumpla las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que *es*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que se receta.
- Apoyado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico de marca u original y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, 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 de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la “Lista de medicamentos”.

Medicamentos de venta sin receta

Algunos medicamentos de venta sin receta están cubiertos por su plan de Medicaid con una receta de su proveedor. Si tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con su Coordinated Care Organization (CCO) o con el Oregon Health Plan si no está en una CCO para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta cubiertos por el Oregon Health Plan. Los números de teléfono figuran en la contratapa de su CareCard (CC) o de su tarjeta de identificación del Oregon Health Plan.

Si no recibe una receta de su proveedor para un medicamento de venta sin receta, este puede estar cubierto con los fondos de su CareOregon Advantage CareCard. Si desea más información sobre CareCard, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué *no* figura en la “Lista de medicamentos”?

Esta lista es solo para los medicamentos de la Parte D de Medicare. Si quiere informarse sobre los medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicaid, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran determinados tipos de medicamentos (para más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento concreto en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, podrá obtener un medicamento que no figure en la "Lista de medicamentos". Para más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Existen cinco niveles de costos compartidos para los medicamentos de la "Lista de medicamentos"

Cada medicamento de la "Lista de medicamentos" del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- El **Nivel 1** es el nivel de costos compartidos más bajo **e** incluye los **medicamentos genéricos**.
- El **Nivel 2** incluye **los medicamentos de marca preferida**.
- El **Nivel 3** incluye **los medicamentos de marca no preferida**.

- El **Nivel 4** es el nivel de costo compartido más alto **e** incluye los **medicamentos especializados**.
- El **Nivel 5** incluye **medicamentos suplementarios o medicamentos selectos que normalmente no están cubiertos por Medicare**.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la "Lista de medicamentos" del plan.

En el Capítulo 6 *(Cuánto paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) se indica el importe que paga por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento concreto figura en la "Lista de medicamentos"?

Tiene dos formas de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (***careoregonadvantage.org/druglist***). La "Lista de medicamentos" del sitio web es siempre la más actualizada.
2. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento concreto figura en la "Lista de medicamentos" del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de determinados medicamentos con receta, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha elaborado estas normas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente igual de bien que otro de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para animarle a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

En las secciones siguientes encontrará más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos a determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no eximirle de la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Obtener la aprobación previa del plan

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

Probar primero con otro medicamento

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que el

plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites cuantitativos

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a un máximo de un comprimido al día.

SECCIÓN 5 ¿Qué ocurre si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. **Si su medicamento no figura en la "Lista de medicamentos" o si su medicamento está restringido, vaya la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la "Lista de medicamentos" o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no figura en la "Lista de medicamentos" o está restringido, aquí tiene algunas opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones de este.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **108 días** de su inscripción al plan**.**
- **Si estuvo inscripto en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año natural.
- Este suministro temporal será para un máximo de 90 días (o 31 días si reside en un centro de LTC). Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 90 días (o 31 días si reside en un centro LTC) de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar que se desperdicie).

- **Para los miembros que lleven más de 108 días en el plan y residan en un centro de cuidados a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento concreto, o menos si su receta es para menos días. Esto se añade al suministro temporal anterior.

- **Para miembros actuales que tienen cambios de nivel de atención:** Cubriremos un suministro único y temporal (hasta 30 días o 31 días si reside en un centro de LTC) de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestro formulario o que esté cubierto, si cumple determinados criterios.

  Ejemplos de cambios en el nivel de atención:

  - Recibe el alta hospitalaria.
  - Lo ingresan o le dan el alta en un centro de cuidados de larga duración.
  - Se traslada de un centro de cuidados de larga duración a otro.
  - Renunció a los cuidados paliativos.
  - Vive en un centro de enfermería especializada y ha agotado su cobertura de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Hable con su médico para saber si existe otro medicamento cubierto por el plan que le pueda funcionar igual de bien. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si su proveedor le dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir al plan que cubra un medicamento, aunque no figure en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando va a ser retirado del formulario o restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una

excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta en las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud (o de la declaración justificativa de la persona que realiza la receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica lo que debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para garantizar que su solicitud se tramite con prontitud y equidad.

SECCIÓN 6 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar a lo largo del año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos**”.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior**.

- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la "Lista de medicamentos" del plan.

Véase el Capítulo 12 para consultar las definiciones de los tipos de medicamentos mencionados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué ocurre si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra "Lista de medicamentos" en línea. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibirá una notificación directa si se introducen cambios en un medicamento que esté tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan en curso

- **Adicionar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar <u>inmediatamente</u> un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**

- Al adicionar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y tendrá las mismas restricciones o menos.
- Únicamente realizaremos estos cambios inmediatos si estamos adicionando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o adicionando determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y notificarle más tarde, inclusive si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que efectuemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Adicionar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de Medicamentos con previo aviso.**
  - Al adicionar 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, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que adicionemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y tendrá las mismas restricciones o menos.
  - Únicamente realizaremos estos cambios si estamos adicionando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o adicionando determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos acerca del cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**

  - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

- **Otros cambios en los medicamentos de la "Lista de Medicamentos".**
  - Podemos realizar otros cambios una vez iniciado el año que afecten a los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos acerca del cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que esté tomando, platique con su médico acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluyendo el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que esté tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción

para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para más información sobre la forma de solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos introducir ciertos cambios en la "Lista de medicamentos" que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se le aplicará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que le afecten a partir del 1 de enero del año siguiente del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan en curso son los siguientes:

- Sumamos una restricción nueva al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la "Lista de medicamentos".

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que usted está tomando (excepto si se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca u otro cambio indicado en los apartados anteriores), el

cambio no afectará su uso ni lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos de forma directa sobre este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Tendrá que consultar la "Lista de medicamentos" del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para consultar si se ha hecho algún cambio en los medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se indica qué tipos de medicamentos con receta están **"excluidos"**, es decir, los medicamentos que Medicare no paga.

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

A continuación, se mencionan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede incluir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso que no se contempla en la etiqueta, cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos) y el Micromedex DRUGDEX Information System (Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex). El uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso del medicamento distinto a los indicados en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta).

- Medicamentos utilizados para favorecer la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados de fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, el adelgazamiento o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas asociadas o los servicios de seguimiento se compren exclusivamente al fabricante como condición para la venta.

Además, si **recibe "Ayuda adicional" de Medicare** para pagar sus recetas, el programa "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la "Lista de medicamentos" del plan o llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto). Sin embargo, si cuenta con cobertura de medicamentos a través del Oregon Health Plan

(Medicaid), el programa del Oregon Health Plan puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con su Coordinated Care Organization (CCO) o con Oregon Health Plan si no está en una CCO para determinar qué cobertura de medicamentos puede tener a su disposición. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto del Oregon Health Plan en la Sección 6 del Capítulo 2). Los números de teléfono de su CCO figuran en la contratapa de su tarjeta de identificación de CCO u Oregon Health.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Facilite sus datos de membresía

Para surtir su receta, brinde los datos de membresía del plan, que figuran en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del importe cuando recoja el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué ocurre si no lleva consigo los datos de membresía?

Si no tiene los datos de su membresía del plan cuando vaya a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para

obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su membresía del plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el importe total de la receta cuando la recoja.** (Luego, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. En la Sección 2 del capítulo 7, encontrará información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si está ingresado en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por regla general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que estos cumplan todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si reside en un centro de cuidados a largo plazo?

Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia específica que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en

un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte *el Directorio de farmacias* para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente. Si se encuentra 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.

¿Qué ocurre si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra "Lista de medicamentos" o tiene alguna otra restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué ocurre si también recibe cobertura de medicamentos del trabajo o de un plan grupal para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su trabajo (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador

puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

Por lo general, si tiene cobertura para empleados o de grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que reciba de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año, su trabajo o grupo de jubilados debe enviarle una notificación en la que se le indica si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año natural es válida.

Si la cobertura del plan de grupo es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Conserve este aviso sobre la cobertura válida porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no ha recibido el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios de su trabajo o plan de jubilación, o a la empresa o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones afines, la persona que receta el medicamento o su proveedor del centro debe enviar una notificación a nuestro plan en la que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien le recete los medicamentos que envíe la notificación antes de que le surtan la receta.

En caso de que anule su elección de centro de cuidados paliativos o le den el alta de dicho centro, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos tal y como se explica en este documento. Para evitar un retraso en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para demostrar la anulación o el alta.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a tomar medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos de nuestros miembros para asegurarnos de que reciben una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que es posible que no sean necesarios porque está tomando otro para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o convenientes debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

- Dosis peligrosas de analgésicos opiáceos.

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

Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a tomar de forma segura sus medicamentos opiáceos

Contamos con un programa que ayuda a los miembros a tomar de forma segura los medicamentos opiáceos de venta con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Drug Management Program (DMP, Programa de Administración de Medicamentos). Si utiliza medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que estos medicamentos opiáceos sean necesarios por motivos médicos y de que los tome de manera adecuada. En colaboración con sus médicos, si decidimos que existe la posibilidad de que el uso de opiáceos o benzodiacepinas con receta no sea seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos en una farmacia o farmacias determinadas.
- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos de un médico o médicos determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos y benzodiacepínicos que le cubrimos.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si le limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un médico específico o que surta las recetas solo en una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere que debamos saber. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la personas que hace sus recetas tienen derecho a apelar. Si apela, examinaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud con respecto a las limitaciones

que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. En el Capítulo 9, encontrará información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en nuestro DMP si padece determinadas afecciones médicas, como dolor debido al cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados paliativos o terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Medication Therapy Management (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Uno de los programas se denomina Medication Therapy Management (MTM, Gestión del Tratamiento con Medicamentos). Estos programas son voluntarios y gratuitos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen muchos gastos en medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a tomar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si cumple con los requisitos del

programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre los medicamentos que toma, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con y sin receta. Recibirá un resumen escrito con 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 toma, la dosis que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias reguladas.

Lo alentamos a que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de cuidado de la salud. También le recomendamos que actualice la lista de medicamentos y la lleve con usted (por ejemplo, con su identificación) por si acude al hospital o a emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le daremos de baja. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase

en contacto con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por los medicamentos

Aprobación de la Office of Management and Budget
(OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

con receta de la Parte D

Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos

Debido a que cumple con los requisitos para inscribirse a Medicaid, tiene derecho y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para sufragar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que algunos detalles de la información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se apliquen a usted.** Le enviamos un folleto aparte, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta* (también conocida como Low-Income Subsidy Rider [LIS, Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS]), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no dispone de este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en

este capítulo utilizamos el término **medicamento** para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D: algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicaid. Además, algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan.

Para entender la información sobre los pagos, tiene que saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando adquiere los medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas normas. Cuando utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionarle una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por esta herramienta llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El importe que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el importe que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a abonar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un importe fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- El **coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre lo que se considera y lo que *no* se considera para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para controlar sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre que se trate de medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El importe que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - la Etapa de deducible;
  - la Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si es **usted** quien efectúa estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones.** Aquí se incluyen los pagos de sus medicamentos que realiza un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un State

Pharmaceutical Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica) que esté calificado por Medicare o por Indian Health Service. También se incluyen los pagos efectuados por el Programa "Ayuda adicional" de Medicare.

Pasar a la Etapa de gastos médicos mayores:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de $2,000 en gastos de bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de gastos médicos mayores.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de los siguientes tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de 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 del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.

- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un Medicare Prescription Drug Plan (Plan de medicamentos con receta de Medicare).
- Pagos que realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Veterans Health Administration (VA).
- Pagos de sus medicamentos efectuados por un tercero con obligación legal de pagar los costos de la receta (por ejemplo, Indemnización Laboral).
- Pagos realizados por productores de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar un seguimiento de sus gastos de bolsillo totales?

- **Le ayudaremos.** El informe de Explanation of Benefits (EOB, Explicación de beneficios) de la Parte D que usted recibe incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando el importe alcance los $8000, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de cobertura y ha pasado a la Etapa de gastos médicos mayores.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se explica lo que puede hacer para garantizar que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que pague por un medicamento dependerá de la etapa de pago en la que se encuentre cuando reciba el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareOregon Advantage Plus ?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de

Medicare bajo CareOregon Advantage Plus. La cantidad que usted debe pagar depende de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa figuran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de gastos médicos mayores

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted ha efectuado cuando le surten o resurten sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En concreto, hay dos tipos de costos que tenemos en cuenta:

- Llevamos la cuenta de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la "Ayuda Adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones de beneficencia y la mayoría de los State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica).
- Llevamos la cuenta de su **Costo total de medicamentos**. Es el total de los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Ello incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si le han surtido una o más recetas a través del 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 los datos de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo

que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento, así como información sobre los incrementos de precios desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada solicitud de receta, de ser aplicable.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre el pago de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener sus datos correctos y actualizados:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta.** De esta manera, nos aseguramos de estar al tanto de las recetas que surte y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de los casos en los que debe entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando haya efectuado un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Todas las veces que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

  - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague el costo compartido que nos corresponde. Para saber cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un State Pharmaceutical Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica), un AIDS Drug Assistance Program (ADAP, Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA), el Indian Health Service (Servicio de Salud Indígena) y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Compruebe el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna duda, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 1 al 4

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa de deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, no se le aplica esta etapa de pago.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde le surtan la receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga la suya (su copago). Su parte del costo variará en función del medicamento y del lugar donde le surtan la receta.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos.

En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que tendrá que pagar por el medicamento:

- El **Nivel 1** es el nivel de costos compartidos más bajo **e** incluye los **medicamentos genéricos**.
- El **Nivel 2** incluye **los medicamentos de marca preferida**.
- El **Nivel 3** incluye **los medicamentos de marca no preferida**.
- El **Nivel 4** es el nivel de costo compartido más alto **e** incluye los **medicamentos especializados**.
- El **Nivel 5** incluye **medicamentos suplementarios o medicamentos selectos que normalmente no están cubiertos por Medicare**.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacia

El precio que pague por un medicamento dependerá de si lo adquiere en:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5,

Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Si desea más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan **careoregonadvantage.org/rx-and-drug-information**

Sección 5.2 Tabla que muestra los costos de un suministro de un medicamento para *un* mes

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

Como se indica en el cuadro siguiente, el importe del copago o del coaseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido Long-term care (LTC, atención a largo plazo)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (suministro hasta por *30 días*)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.			Se requiere la aprobación del plan. El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferida)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.			Se requiere la aprobación del plan. El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido Long-term care (LTC, atención a largo plazo)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (suministro hasta por *30 días*)
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferida)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.			Se requiere la aprobación del plan. El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.			Se requiere la aprobación del plan. El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido Long-term care (LTC, atención a largo plazo)** (suministro hasta por 30 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para más detalles) (suministro hasta por *30 días*)
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos suplementarios)	$1.60	$1.60	$1.60	Se requiere la aprobación del plan. El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para más información acerca del costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo de todo el mes

Normalmente, el importe que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera

vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes completo de suministro de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de las distintas recetas.

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

- Si usted es responsable del coaseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será inferior, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si debe abonar un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. Calcularemos el importe que paga al día por su medicamento (la cuota diaria de costo compartido) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra los costos de un suministro *a largo plazo* (100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días.

El siguiente cuadro muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.	

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 100 días)
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferida)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.	
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferida)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.	

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro hasta por 100 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro hasta por 100 días)
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Usted paga $0 por los medicamentos con receta cubiertos por la parte D.	
Nivel 5 de costos compartidos	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del Nivel 5	

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los $2,000

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance los $2,000. A continuación, pasa a la Etapa de gastos médicos mayores

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta en el total de sus gastos de bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, el plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $2,000 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza este importe, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de gastos médicos mayores. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de gastos médicos mayores, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de gastos médicos mayores cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $2,000 para el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de gastos médicos mayores, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

- Durante esta etapa de pago, el plan abona el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
- Por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio ampliado, pagará $1.60.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, aunque no haya pagado su deducible. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura se refiere al costo de **administrarle la vacuna**. (A veces se denomina administración de la vacuna).

El costo de las vacunas de la Parte D depende de tres factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Advisory Committee or Immunization Practices (ACIP, Comité Asesor o de Prácticas de Inmunización).**

   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. **Dónde se obtiene la vacuna.**

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

3. **Quién le pone la vacuna.**

   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Otra posibilidad es que el médico se la administre en el consultorio.

Lo que pague en el momento de administrarse la vacuna de la Parte D puede variar en función de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando lo vacunan, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la administra. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que haya pagado.
- Otras veces, cuando lo vacunan, pagará solo la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, encontrará tres ejemplos de formas de obtener una vacuna de la Parte D.

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

- Por todas las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administre.
- En ese caso, puede solicitar a nuestro plan que le reembolse lo que ha pagado utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe que pagó por la vacuna (incluida la administración).

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

- Por todas las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna como tal.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.

Algunas vacunas están cubiertas en el Formulario, pero están restringidas para asegurarse de que la vacuna se está

administrando adecuadamente y para determinar si la vacuna está cubierta o no por su beneficio médico o por el beneficio de medicamentos con receta. Siempre es mejor llamar a nuestro plan para que podamos ayudarlo a determinar si la vacuna está cubierta o no para su situación y dónde puede obtenerla.

CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por

Aprobación de la Office of Management and Budget
(OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago por sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debe recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele denominarse **reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero que haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la examinaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos lo que pagó por los servicios o medicamentos.

También puede darse el caso de que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por un importe superior al de su costo compartido, tal y como se explica en el documento. Primero intente regularizar la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho al tratamiento.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitar a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que ha recibido:

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

   Puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que facture al plan.

- Si paga usted mismo todo el importe en el momento de recibir la asistencia, pídanos que se lo devolvamos. Envíenos la factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que ya haya efectuado.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado por el servicio, se lo devolveremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos el reembolso de los servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haberse producido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero. Tendrá que presentar documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para que le surtan una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso ocurra, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. En la Sección 2.5 del Capítulo 5 se analizan estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la

red y el monto que nosotros pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede pedir en la farmacia que llamen al plan o que busquen la información sobre su membresía al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo pagado es más alto que nuestro precio negociado para la prescripción.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la “Lista de medicamentos” del plan o que tenga un requisito o restricción que usted desconocía o no cree que deba aplicársele. Si decide obtener el medicamento

inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total de este.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo pagado es más alto que nuestro precio negociado para la prescripción.

7. Copagos por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Si recibe ayuda de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios de nuestro plan y paga los copagos correspondientes, puede presentar una solicitud por escrito para que sus gastos de bolsillo se tengan en cuenta a la hora de clasificarlo a la cobertura de gastos médicos mayores.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si deberíamos cubrir el servicio o medicamento. Esto se llama tomar una **decisión sobre la cobertura**. Si decidimos que deberíamos cubrirlo, pagaremos el servicio o el medicamento. Si denegamos su

solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura recibida

Puede solicitarnos el reembolso mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de todo pago que haya efectuado. Le recomendamos hacer una copia de la factura y los recibos para guardar en sus registros.

CareOregon Advantage Plus solo puede reembolsar los servicios cubiertos por Medicare. Debido a nuestro acuerdo con Oregon Health Plan (Medicaid), no se nos permite reembolsar los servicios cubiertos por Medicaid. Si se aprueba su solicitud de reembolso, solo le pagaríamos el monto permitido por Medicare (lo que normalmente pagaríamos a un proveedor por el servicio) y no la parte que cubriría Medicaid, como el coaseguro y los deducibles de Medicare.

Para cerciorarnos de que nos da toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de solicitud de pago.

- No es necesario que complete el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.

- Para el reembolso de medicamentos con receta tiene dos opciones:
  - Descargar una copia del formulario de reembolso de nuestro sitio web (***careoregonadvantage.org/rxinfo***); o bien, llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar el formulario.
- En el caso de servicios médicos cubiertos, llame al Servicio de Atención al Cliente para iniciar una solicitud de reembolso.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos de pago a las siguientes direcciones:

Para las solicitudes de reembolso de la Parte C:

CareOregon Advantage

Attention: DMR Claims Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

Para solicitudes de reembolso de medicamentos con receta de la Parte D:

CareOregon Advantage

Attention: Pharmacy Department

315 SW Fifth Ave

Portland, OR 97204

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

Sección 3.1 Comprobaremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos facilite información adicional. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio o el medicamento. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total pagado (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un

medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

Aprobación de la Office of Management and Budget
(OMB, Oficina de Administración y Presupuesto) 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

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

Sección 1.1 Debemos facilitarle la información de forma que le resulte útil y contemple los aspectos culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que se contemplen los aspectos culturales al prestar cada servicio, ya sea clínico o no, y que estos sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, capacidad limitada de lectura, incapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos de forma gratuita si lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para

usted. Para recibir la información de la forma que más le convenga, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de cuidado de la salud de rutina y preventiva de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, el plan debe localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no encuentra especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227) o directamente a la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) al 800-368-1019 o TTY 800-537-7697.

Sección 1.2 Acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan para que le preste y gestione los servicios cubiertos. Asimismo, tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan en un *plazo razonable*, lo que incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repongan en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, consulte el Capítulo 9 donde se explica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información médica personal tal y como exigen estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que nos facilitó cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos en relación con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado *Notice of Privacy Practice* (Aviso de prácticas de privacidad), que habla acerca de estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar información sobre su salud a alguien que no le preste asistencia ni pague por ella, *estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito o la de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones en las que no tenemos la obligación de obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias por ley.

- Estamos obligados a facilitar información de salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
- Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare información sobre su salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales, lo que implica, normalmente, que no se comparta información que permita identificar su persona de forma exclusiva.

Puede ver la información de su historia clínica y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a consultar su historia clínica y a obtener una copia. Podemos cobrarle por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones en su historia clínica. Si nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para cualquier fin que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Si desea consultar el Aviso de prácticas de privacidad de CareOregon Advantage Plus, puede hacerlo en nuestro sitio web, ***careoregonadvantage.org/privacypolicies***, o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar que le envíen una copia impresa (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos facilitarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de CareOregon Advantage Plus, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre la calificación de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a dichos proveedores.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** En los capítulos 3 y 4, se ofrece información sobre los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6, encontrará información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de la razón por la que no está cubierto un servicio médico o un medicamento de la Parte D, o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también contiene información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Tiene derecho a recibir toda la información de sus médicos y otros profesionales de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. A fin de ayudarle a

tomar decisiones con sus médicos con respecto a qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas las opciones.** Tiene derecho a que le informen de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si están cubiertas por nuestro plan. Se incluye también información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y tomarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen de los riesgos que entrañan los cuidados. Se le debe informar de antemano si algún cuidado o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso en contra de las recomendaciones de su médico. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones por sí mismo con respecto a su salud

A veces las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones por sí mismas en cuanto al cuidado de su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a indicar lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Rellenar un formulario por escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no pueda tomarlas usted mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que gestionen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Hay distintos tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial para el cuidado de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar un documento de directivas anticipadas para dar indicaciones sobre su cuidado, haga lo siguiente:

- **Consiga el formulario.** Puede pedirle un formulario de directivas anticipadas a su abogado, un trabajador social o solicitarlo en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener estos formularios en organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para solicitarlos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Rellénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede entregar copias a sus amigos íntimos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado un documento de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva consigo.

- Si no ha firmado uno de estos formularios, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es usted quien decide si quiere completar un formulario de directivas anticipadas (y también si quiere firmarlo si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarlo por haber firmado o no un documento de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un documento de directivas anticipadas y cree que un médico u hospital no ha seguido sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Oregon Board of Medical Examiners llamando al 971-673-2700 en Portland, Oregón, o a la línea gratuita 877-254-6263. También puede escribir a la siguiente dirección:

Oregon Board of Medical Examiners

1500 SW First Avenue, Suite 260

Portland, OR 97201

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o alguna duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9

de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión sobre su cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle con equidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que recibe un trato injusto o que no se respetan sus derechos?

Si es un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services** (Departamento de Salud y Servicios Humanos) al 800-368-1019 o 800-537-7697 para TTY, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Es otro motivo?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no* es un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema de las siguientes maneras:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay diversos sitios en los que puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (1-877-486-2048 para TTY).

SECCIÓN 2 Responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se mencionan las cosas que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna duda, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Conozca los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos**. Utilice esta Evidencia de cobertura para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para acceder a los servicios cubiertos.
  - En los capítulos 3 y 4, se ofrece información detallada sobre sus servicios médicos.
  - En los capítulos 5 y 6, encontrará información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otro seguro médico o de medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, se informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros profesionales de cuidado de la salud de que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Oregon Health Plan (Medicaid) siempre que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle al brindarles información, hacerles preguntas y hacer un seguimiento de su cuidado.**
  - Para recibir los mejores cuidados, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna duda, pregunte y cerciórese de recibir una respuesta que comprenda.
- **Sea respetuoso.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que se comporte de forma que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando adquiere el medicamento.

- Si está obligado a pagar el importe adicional de la Parte D debido a que sus ingresos son más elevados (según consta en su última declaración de impuestos), deberá seguir pagando el importe adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o al Railroad Retirement Board).

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones

sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican los procesos de gestión de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para tratar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
2. El tipo de problema que tiene:
    - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones sobre la cobertura y apelaciones**.
    - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas** (también llamadas reclamos).

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le será de utilidad para identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, de los procedimientos y de los tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultarles difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo se tomaron las siguientes medidas:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo suele decirse “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utilizan lo menos posible las abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil (y a veces muy importante) que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información pertinentes para su situación. Con el objetivo de ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe contactar al servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades que pueden ayudarle.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene ningún tipo de relación con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver un problema que tenga. También pueden responder las preguntas que tenga, darle más información y brindarle orientación en cuanto a qué hacer.

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

Medicare

Por otro lado, puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda. Hay diversas formas de comunicarse con Medicare:

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

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

Si desea obtener más información y ayuda para solucionar un problema, también puede ponerse en contacto con Oregon Health Plan (Medicaid). Existen varias formas de ponerse en contacto con Oregon Health Plan:

- Puede llamar gratuitamente a su Servicio de Atención al Cliente al 800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede enviarles un correo electrónico a **oregonhealthplan.changes@dhsoha.state.or.us**
- Puede descargar y rellenar un formulario de queja en: ***apps.state.or.us/Forms/Served/he3001.pdf***.

SECCIÓN 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, dispone de diferentes procesos que puede utilizar para gestionar su problema o queja. Para decidir qué proceso utilizar hay que determinar si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los de Medicaid. Si su problema tiene que ver con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el procedimiento de Medicare. Si su problema tiene que ver con un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si utiliza el proceso de Medicare o el de Medicaid, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

El proceso Medicare y el proceso Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el siguiente cuadro.

¿Su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Si necesita ayuda para determinar si su problema se refiere a los beneficios de Medicare o a los de Medicaid, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Mi problema se refiere a los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 4, Cómo resolver los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema se refiere a la cobertura de **Medicaid.**

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

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

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

Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

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

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de

la Parte B) está cubierta o no, de qué forma está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 11,** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, llamamos **atención médica** a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelación

para determinar si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el importe que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico concreto o se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre, pero no está legalmente autorizado para ello, o si usted pide que se

retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué le cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, de las que hablaremos más adelante, puede solicitar una **apelación** acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación será tramitada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre, pero no está legalmente autorizado para ello, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos una notificación explicando por qué se ha desestimado la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, a cargo de una organización de revisión independiente ajena a nosotros.

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

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de otros niveles de apelación (en la Sección 10 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos en caso de que desee solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del State Health Insurance Assistance Program.
- **Su médico puede solicitarla por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en at www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web ***careoregonadvantage.org/medicareFAQ***).
    - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su

nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.

- En el caso de los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedir a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web ***careoregonadvantage.org/medicareFAQ***). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que

actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

  - Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en los 44 días naturales siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimará. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar 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 o de otro servicio de remisión. También hay grupos que le prestarán servicios jurídicos gratuitos si reúne los requisitos necesarios. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo contiene información detallada sobre su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene normas y plazos diferentes, damos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que el médico le da el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto *(aplica solamente a estos servicios*: cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener

ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el State Health Insurance Assistance Program.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para que le cubramos la atención médica o si quiere que le reembolsemos el importe de esta

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 del presente documento: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere proporcionarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no la pagaremos. **Inicie una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado una atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el importe de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le comunican que se va a reducir o suspender la cobertura de determinada atención médica que venía recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, y usted cree que reducir o suspender estos cuidados podría perjudicar su salud. **Inicie una apelación. Sección 6.3.**

Nota: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)**, tiene que leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidados.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta a su atención médica, se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

<u>Primer paso:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, la decisión de cobertura rápida 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 rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo* puede solicitar la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- *Solo* puede obtener una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándar podría *causar graves*

daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.

- **Si su médico nos dice que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, la aceptaremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.
  - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

<u>Segundo paso:</u> Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, su

médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

<u>Tercer paso:</u> Estudiamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud se refiere a un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si nos pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días** más si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El

proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápida, utilizamos un cronograma acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si su solicitud se refiere a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si nos pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Para más información sobre quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué hemos dicho que no.

<u>Cuarto paso:</u> Si denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de asistencia médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del procedimiento de apelación.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

<u>Primer paso:</u> Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días o de 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre la cobertura de una atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Segundo paso: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón del retraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o si le hemos

proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar la apelación.** Estamos autorizados a cobrar una tasa por copiar y enviarle esta información.

Tercer paso: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si nos pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar**

hasta 14 días naturales más si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo ampliado si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente 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

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en **un plazo de 30 días naturales** a partir de la recepción de su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo**

de 7 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tardar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para más información sobre quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final del plazo ampliado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o

proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días naturales si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, o en **un plazo de 7 días naturales** si se trata de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se la denomina **IRE (Independent Review Entity).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Primer paso:</u> La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente**. Estamos autorizados a cobrar un importe por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente información adicional en apoyo de su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede dedicar más tiempo a

tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización revisora debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La organización de revisión independiente no puede dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

<u>Segundo paso:</u> La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará la decisión que tomó por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo de **14 días naturales** a partir de la recepción de la decisión de la organización para las **solicitudes estándar** o prestar el servicio en **un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización para las **solicitudes estándar** o **en un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización para las **solicitudes aceleradas.**

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se conoce como **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
  - Explicación de su decisión.
  - Notificación de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. En la notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente se le indicará el importe que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
  - Cómo presentar una apelación de Nivel 3.

<u>Tercer paso:</u> Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada de cómo hacerlo en la

notificación escrita que recibirá tras la apelación de Nivel 2.

- Las apelaciones de Nivel 3 están a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo se explican los procedimientos para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 ¿Qué ocurre si nos pide que le reembolsemos una factura que ha recibido por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente a usted un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Pero si paga la factura, puede obtener el reembolso de ese proveedor de cuidado de la salud si ha seguido las normas para obtener el servicio o artículo.

Si pide un reembolso, nos pide que tomemos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación para pedir el reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión, controlaremos si la atención médica que ha pagado es un servicio cubierto. También controlaremos si ha seguido

todas las normas para utilizar su cobertura para recibir atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted ha seguido todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días naturales desde la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* ha seguido todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le comunicaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión sobre la cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Si nos

pide que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección se le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el importe de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que tenga cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte D, las normas,

las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección, se hace referencia únicamente a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección decimos generalmente *medicamento* en lugar de repetir cada vez *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término "Lista de medicamentos" en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario.*

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos, debe obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal
La decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre su cobertura y sus beneficios, o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo

que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que no se aplique una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección le indicamos cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la "Lista de medicamentos" se denomina a veces solicitar una **excepción al formulario.** Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento se denomina a veces solicitar una **excepción al formulario.** Solicitar una disminución del precio un medicamento cubierto no preferido se denomina a veces solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se mencionan dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional de la salud pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra "Lista de medicamentos".**
2. **Supresión de una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra "Lista de medicamentos".

Sección 7.3 Aspectos importantes sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que le recete medicamentos debe presentarnos una declaración en la que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. En los casos en los que un medicamento alternativo es igual de eficaz que el que solicita y no le causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, *no* solemos aprobar las solicitudes de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, la aprobación suele tener validez hasta que finalice el año del plan. Esto es así mientras su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

<u>Primer paso:</u> Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones estándares sobre la cobertura se toman en un plazo de **72 horas** desde que recibimos la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman en

un plazo de **24 horas** desde que recibimos la declaración de su médico.

Si es necesario por motivos de salud, solicítenos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para que le reembolsemos el importe de un medicamento que ya ha comprado).
- Utilizar los plazos estándar podría perjudicar gravemente su salud o su capacidad para desenvolverse.
- **Si su médico u otro profesional que le recete medicamentos nos indica que necesita una decisión rápida sobre la cobertura debido a su estado de salud, se la daremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o prescriptor, nosotros decidiremos si necesita una decisión rápida sobre la cobertura debido a su estado de salud.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

- Explica que, si su médico u otro prescriptor solicita la decisión rápida sobre la cobertura, se la daremos automáticamente.
- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión sobre la cobertura estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. Responderemos a su queja en las 24 horas siguientes a la recepción.

Segundo paso: Solicite una decisión sobre la cobertura estándar o rápida.

Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura desde nuestro sitio web. Debemos aceptar toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el CMS Model Coverage Determination Request Form (Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS) o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web **careoregonadvantage.org/members/rx-and-drug-information/pharmacy-appeal-form.**

En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su

nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo rechazado que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante. También tiene la opción de hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, presente la declaración justificativa,** que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro prescriptor puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

<u>Tercer paso:</u> Examinamos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por regla general, debemos darle una respuesta en **un plazo de 24 horas** desde la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización de revisión independiente la analizará.

- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que la respalda.
- **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura para un medicamento que aún no ha recibido

- Por regla general, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** desde la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación,

donde una organización de revisión independiente la analizará.

- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos **proporcionarle la cobertura** que hemos acordado en **un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud o de la declaración del médico que la respalda.
- **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura para el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días naturales** desde la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización de revisión independiente la analizará.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Cuarto paso: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Apelar significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del procedimiento de apelación.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan de una decisión sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan. Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

<u>Primer paso:</u> Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si es necesario por motivos de salud, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, que se mencionan en la Sección 6.4 de este capítulo.

<u>Segundo paso:</u> Usted, su representante, médico u otro prescriptor deben contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si es necesario que reciba una respuesta rápida por motivos de salud, debe solicitar una **apelación rápida.**

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al**

503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. El horario de atención es del
1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *CMS Model Coverage Determination Request Form* (Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS), que está disponible en nuestro sitio web. No olvide incluir su nombre, datos de contacto e información relativa a su reclamo para ayudarnos a tramitar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días naturales** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón del retraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o si le hemos

proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más datos.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar la apelación. Estamos autorizados a cobrar una tasa por copiar y enviarle esta información.

Tercer paso: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico 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 a partir de la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una

organización de revisión independiente la analizará. En la Sección 6.6 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura acordada en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para presentar una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta en **un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su estado de salud.
    - Si no le comunicamos una decisión en el plazo de 7 días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente

la analizará. En la Sección 6.6 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como sea necesario por su estado de salud, pero **no luego de 7 días naturales** después de recibir su apelación. **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días naturales** desde la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde una organización de revisión independiente la analizará.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días naturales desde la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos un comunicado por escrito en

el que le explicaremos por qué hemos dicho que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

<u>Cuarto paso:</u> Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se la denomina **IRE (Independent Review Entity).**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

<u>Primer paso:</u> Usted (o su representante, su médico u otro prescriptor) debe contactarse con la organización de revisión independiente y solicitar que se revise su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en la notificación escrita que le enviemos se incluirán **instrucciones sobre cómo 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 debe respetar y cómo comunicarse con la organización revisora. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** en virtud de nuestro Drug Management Program, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente**. Estamos autorizados a cobrar un importe por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente información adicional en apoyo de su apelación.

Segundo paso: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación si esta se refiere a un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el importe de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.

<u>Tercer paso:</u> La organización de revisión independiente le da una respuesta.

- ***Para apelaciones rápidas:***
  - **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- ***Para apelaciones estándar:***
  - **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión.
  - **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su solicitud, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **mantener la decisión**. También se le llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- Explicación de su decisión.
- Notificación del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en litigio para continuar con el proceso de apelación.

<u>Cuarto paso:</u> Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).

- Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, encontrará información detallada de cómo hacerlo en la notificación escrita que recibe tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- Las apelaciones de Nivel 3 están a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le dan el alta demasiado pronto

Cuando usted es ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que abandone el hospital. Lo ayudarán a organizar los cuidados que pueda necesitar tras su marcha.

- El día que abandona el hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.

- Si cree que le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y su petición se tendrá en cuenta.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y pregunte si no lo entiende.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde comunicar sus dudas sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le dan el alta del hospital demasiado pronto. Se trata de una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de la fecha de alta para que cubramos su asistencia hospitalaria durante más tiempo.

2. **Le pedirán que firme la notificación escrita para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación.
   - Firmar la notificación *solo* indica que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta. Firmar la notificación ***no* significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Tenga** a mano **su copia** del aviso para disponer de la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 800 MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en ***cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices***.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si quiere solicitar que le cubramos los servicios de hospitalización durante más tiempo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al State Health Insurance

Assistance Program, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Primer paso: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes de* abandonar el hospital y **antes de la medianoche del día del alta hospitalaria.**
  - **Si cumple este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
  - **Si *no* cumple este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, es *posible que tenga que pagar todos los costos* de 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. Para el mediodía del día siguiente a contactarnos le entregaremos una **Notificación detallada de alta**. En este aviso se indica la fecha prevista del alta y se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra de la Notificación detallada de alta llamando al Servicio de Atención al Cliente o al 800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Segundo paso: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo 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 debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos facilitado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá un aviso por escrito en la que se le indicará la fecha prevista del alta. Este aviso también explica

detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Tercer paso: En el plazo de un día completo desde que disponga de toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos de hospitalización mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, está diciendo que su fecha prevista de alta es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará** a mediodía del día

siguiente al que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide quedarse en el hospital, es **posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

<u>Cuarto paso:</u> Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, 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 pasar al **Nivel 2** del procedimiento de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la mejora de la calidad que reconsidere su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga

que pagar el costo total de su estadía después de la fecha prevista del alta.

Primer paso: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención médica.

Segundo paso: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer paso: En un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su

primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria**.

- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibió tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- Las apelaciones de Nivel 3 están a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección se refiere únicamente a tres servicios:* Cuidado de la salud a domicilio, cuidados en centros de enfermería especializada y servicios en Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)

Cuando reciba **servicios cubiertos de atención médica a domicilio, cuidados de enfermería especializada o cuidados de rehabilitación (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios correspondientes a ese tipo de atención mientras esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que ha llegado el momento de dejar de cubrirle alguno de los tres tipos de asistencia, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice la cobertura de esa asistencia, *dejaremos de pagarla.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos con antelación la fecha de finalización de su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una apelación **acelerada.** Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención médica. El aviso le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo ha recibido.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que tiene que hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

Primer paso: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad, y solicite una apelación rápida. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que ha recibido *(Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de 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 anterior a la fecha de entrada en** vigor del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, es posible que aún tenga derecho a apelar. Contacte a la Organización para la Mejora de la Calidad.

<u>Segundo paso:</u> La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la no cobertura. Aviso en el que se detallan los motivos de finalización de la cobertura.

¿Qué ocurre 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 debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya facilitado.
- Antes de que finalice el día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de no cobertura**, en la que se explican detalladamente los motivos por los que hemos puesto fin a la cobertura de sus servicios.

<u>Tercer paso:</u> En el plazo de un día completo desde que dispongan de toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si se aplican). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar usted el costo total** de esta atención.

Cuarto paso: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a examinar la decisión

sobre su primera apelación. Si la organización rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un CORF *después* de la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura.

Primer paso: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si ha seguido recibiendo atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Segundo paso: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

<u>Tercer paso:</u> En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre la apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en la que le comunicamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención mientras sea necesario por motivos médicos.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre la apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Encontrará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez administrativo o un abogado litigante.

<u>Cuarto paso:</u> Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles de apelación. Si desea

pasar al Nivel 3 de apelación, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

- Las apelaciones de Nivel 3 están a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede serle de utilidad si ha presentado una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas se han rechazado.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado cumple determinados niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que reciba a la apelación de Nivel 2 encontrará una explicación de cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy parecida. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelaciones de Nivel 3 **Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado**. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 de apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, la apelación será de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales a partir de la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.

- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Medicare Appeals Council (Consejo de Apelaciones de Medicare)** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales tras recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de recurso *puede* o *no* haber terminado**.

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. La respuesta que dé será definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle de utilidad si ha presentado una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas se han rechazado.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado importe, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el importe es inferior, no podrá seguir

apelando. En la respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación de con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy parecida. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días naturales** a partir de la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de recurso *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.

- Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Medicare Appeals Council (Consejo de Apelaciones de Medicare)** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días naturales** a partir de la recepción de la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de recurso *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar al Nivel 5 de apelación. También le indicará con

quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir adelante con su apelación.

Apelación de nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. La respuesta que dé será definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

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

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de presentación de quejas?

El procedimiento de quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se mencionan ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a la privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mala atención al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero con usted o le ha faltado al respeto? • ¿No está satisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que le están animando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan? ○ Ejemplos: esperar demasiado en una llamada, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que le brindamos	• ¿No le hemos avisado con la antelación correspondiente? • ¿La información que brindamos escrita es difícil de entender?

Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras actuaciones en relación con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	Si ha solicitado una decisión sobre la cobertura o presentado una apelación y cree que no respondemos con la suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Ejemplos: • Nos ha pedido una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, y le hemos dicho que no: puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos de las decisiones sobre la cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la Organización de revisión

Queja	Ejemplo
	independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina **reclamo.** • **Presentar una queja** también se denomina **reclamar.** • **Utilizar el procedimiento de quejas** también se denomina **utilizar el procedimiento de reclamos.** • Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado.**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

<u>Primer paso:</u> Contáctenos rápidamente, por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, lo primero que debe hacer es llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si es necesario que haga algo más, el Servicio de Atención al Cliente se lo comunicará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su

queja por escrito, le responderemos por escrito. A continuación, le explicaremos cómo funciona:

- Los reclamos (quejas) pueden presentarse de forma verbal o escrita al Servicio de Atención al Cliente.
- Un coordinador de reclamos revisará la queja y enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco días laborables.
- Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso en función de su estado de salud, pero dentro de un plazo máximo de 30 días después de recibirla.
- Si presenta una queja porque le hemos denegado su solicitud de “decisión rápida sobre la cobertura” o de “apelación rápida”, tiene derecho a presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una “queja rápida”, debemos darle una respuesta en 24 horas.
- Podemos ampliar el plazo hasta 14 días si usted lo solicita o si justificamos la necesidad de información adicional y la prórroga redunda en su interés.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales desde el momento en que tuvo el problema por el que quiere reclamar.

<u>Segundo paso:</u> Examinamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la prórroga redunda en su interés o si nos pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o de apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Con una queja rápida, le daremos **una respuesta en 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Si su queja es sobre *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud financiado por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.5 También puede comunicar su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre CareOregon Advantage Plus directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Resolución de problemas relacionados con los beneficios de Medicaid

Cómo apelar una decisión

En una apelación, su Plan de Atención Administrada de Medicaid le pedirá a un profesional de cuidado de la salud que revise su caso. Haga lo siguiente para solicitar una apelación:

- Llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de su Plan de Atención Administrada de Medicaid.
- Llame o escriba al OHP si tiene OHP de tarifa por servicio.

Puede solicitar una apelación y una audiencia rellenando el "Appeal and Hearing Request Form" (Formulario de solicitud de apelación y audiencia) (OHP 3302 o MSC 443). Su Plan de Atención Administrada de Medicaid incluirá este formulario cuando le envíe una carta de Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD, Notificación de determinación adversa de beneficios). También puede obtener este formulario en el idioma que prefiera llamando a su Plan de Atención Administrada de Medicaid o al Servicio de Atención al Cliente del OHP o por internet en ***oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx***

Llame a su Plan de Atención Administrada de Medicaid si desea ayuda para solicitar una apelación. Recibirá una "Notificación de resolución de apelación" en un plazo de 16 días. En esta notificación, se le informará si el revisor está de acuerdo o en desacuerdo con la decisión del OHP o de su Plan de Atención Administrada de Medicaid. Mientras tanto, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio que se está interrumpiendo si hace lo siguiente:

- Solicite a su Plan de Atención Administrada de Medicaid que continúe con el servicio.
- Solicítelo en un plazo de 10 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la carta de NOABD.
- Si recibe la carta después de la fecha de entrada en vigor, llame para solicitar instrucciones.
- Si el revisor está de acuerdo con la decisión original, es posible que usted deba pagar por los servicios que reciba después de la fecha de entrada en vigor de la carta de NOABD.

Si necesita una apelación rápida (acelerada)

Es posible que usted y su proveedor crean que tiene un problema médico, dental o de salud mental urgente que no puede esperar a una apelación estándar. En ese caso, dígale a su Plan de Atención Administrada de Medicaid que necesita una apelación rápida (acelerada). Envíeles su solicitud por fax.

Incluya una declaración de su proveedor o pídale a su proveedor que llame y explique por qué es urgente. Si su Plan de Atención Administrada de Medicaid está de acuerdo en que es urgente, lo llamarán para comunicarle la decisión dentro de las 72 horas.

Apelaciones de los proveedores

Su proveedor tiene derecho a apelar por usted cuando las órdenes de su médico son denegadas por un Plan de Atención Administrada de Medicaid. Usted debe aceptarlo por escrito.

Cómo conseguir una audiencia con el administrador

Los miembros del Plan de Atención Administrada de Medicaid y las personas con OHP de tarifa por servicio pueden tener una audiencia con un juez administrativo de Oregón. Usted tendrá 120 días a partir de la fecha de su “NOABD” o “Notificación de resolución de apelación” de denegación de servicio para solicitar una audiencia al OHP.

Puede solicitar una audiencia al completar el Appeal and Hearing Request Form (Formulario de solicitud de apelación y audiencia) (OHP 3302 o MSC 443). Su Plan de Atención Administrada de Medicaid incluirá este formulario cuando le envíe una carta de NOABD. También puede obtener este formulario en el idioma que prefiera si llama a su Plan de Atención Administrada de Medicaid o a Servicios de Atención al Cliente del OHP. También puede encontrarlo en línea en ***oregon.gov/ohs/HSD/OHP/Pages/Forms.aspx***

Si está inscrito en un Plan de Atención Administrada de Medicaid, puede solicitar una apelación y una audiencia al mismo tiempo.

En la audiencia, puede explicar al juez por qué no está de acuerdo con la decisión y por qué deben cubrirse los servicios. No necesita un abogado, pero puede tener uno o pedir a otra persona, como su médico, que lo acompañe. Si contrata a un abogado, deberá pagar sus honorarios. También puede llamar a la línea directa de beneficios públicos (un programa de Legal Aid Services of Oregon y el Oregon Law Center) al 800-520-5292, TTY 711, para obtener asesoramiento y una posible representación. También puede encontrar información sobre asistencia jurídica gratuita en: ***oregonlawhelp.org***

Audiencia acelerada para problemas médicos urgentes

Usted y su proveedor pueden creer que tiene un problema médico urgente que no puede esperar a una audiencia ordinaria. Envíe por fax su formulario de solicitud de audiencia a la Unidad de Audiencias del OHP al 503-945-6035. Incluya un formulario de declaración (formulario OHP 3302 o MSC 443) de su proveedor explicando por qué es urgente. Si el director médico del OHP está de acuerdo en que es urgente, la Unidad de Audiencias lo llamará en tres días laborables.

Es importante saber

Los representantes del Servicio de Atención al Cliente de CareOregon Advantage Plus pueden ayudarlo a presentar una

queja. Si necesita ayuda, llame al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258 y pida hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

La apelación de una decisión no afectará la continuación del servicio con CareOregon Advantage Plus. Sin embargo, podría ser responsable del pago de los servicios prestados durante el proceso de apelación si se mantiene la decisión de denegar o limitar el servicio.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

Usted puede finalizar su membresía en CareOregon Advantage Plus de manera **voluntaria**
(por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena a su voluntad):

- Es posible que abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo darse de baja voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos con receta y usted seguirá pagando su cuota hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas que tienen Medicare solo pueden concluir su membresía durante determinados

períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, usted puede cancelar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede afiliarlo en un plan de medicamentos, salvo que usted haya optado por la exclusión de la afiliación automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Contacte a su Oficina Estatal de Medicaid para conocer sus opciones de plan de Medicaid (los números de

teléfono aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- Existen otras opciones disponibles de planes de salud de Medicare durante el **Período de Afiliación Anual**. En la Sección 2.2 se proporciona más información sobre el Período de Afiliación Anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio de planes. Ese día también comenzará su inscripción en el nuevo plan.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar de plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare

O

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta** de **Medicare Advantage**.

- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se afilien en un plan MA, desde el mes en que tengan derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tengan ese derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a la fecha en que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o

recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía al plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Podría ser elegible para finalizar su membresía **durante un Período de inscripción especial** si se da alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se ha mudado.
- Si tiene el Oregon Health Plan (Medicaid).
- Si usted es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.

- Si está recibiendo cuidados en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Atención Integral para las Personas Mayores).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** En la Sección 2.1 encontrará más información sobre el período de inscripción especial para beneficiarios de Medicaid.

Los plazos de inscripción varían en función de su situación.

Para saber si es elegible para a un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto la cobertura de salud como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- - o - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: En las secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para beneficiarios de Medicaid y de la Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna duda sobre cómo finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Buscar información en el manual ***Medicare & You (Medicare y usted) 2025***.
- Comuníquese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

En el cuadro siguiente se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de CareOregon Advantage Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se le dará de baja automáticamente de CareOregon Advantage Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
  - Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.
  - Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de

- **Envíenos una solicitud de baja por escrito**. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- También puede comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le dará de baja en CareOregon Advantage Plus cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
medicamentos con receta acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente del Oregon Health Plan (Medicaid) llamando al número gratuito 800-699-9075 (TTY 711), de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m. Pregunte cómo afecta el hecho de inscribirse en otro plan o de

volver a Medicare Original al modo en que recibe la cobertura del Oregon Health Plan (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en CareOregon Advantage Plus y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando nuestras farmacias de la red o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, la 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 de salud).

SECCIÓN 5 CareOregon Advantage Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

CareOregon Advantage Plus **debe finalizar su membresía en el plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no cumple los requisitos para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Una vez que se informe al plan que ha dejado de cumplir estos requisitos especiales de elegibilidad, dispondrá de 90 días para cumplir los requisitos especiales de elegibilidad del plan. Si sigue sin cumplir los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan al finalizar el período de 90 días, su membresía en este plan finalizará. Recibirá una notificación nuestra informándole del fin de su membresía y de sus opciones.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se traslada o viaja está dentro del área de cobertura de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de Estados Unidos o no se encuentra legalmente en Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que ofrezca cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos facilita intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de forma conflictiva y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos antes el permiso de Medicare).

  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

CareOregon Advantage Plus no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguridad Social) y los reglamentos creados bajo la Social Security Act por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que le protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en siniestros, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley de Discriminación por

Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades), la Sección 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Asequible), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o le preocupa la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 800-368-1019 (TTY 800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/index.html

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención sanitaria, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene alguna queja, como un problema de acceso en silla de ruedas, el Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, CareOregon Advantage Plus, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes

Cantidad permitida: la cantidad permitida es la cantidad que paga Medicare por la aplicación de deducibles y coaseguros u otras limitaciones de pago. Es el importe que se paga a un proveedor que acepta la asignación.

Centro quirúrgico ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta o el pago de servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en una SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada una

vez finalizado un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite al número de períodos de beneficio.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares suelen requerir una nueva receta para sustituir al producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, con sujeción a las leyes estatales.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del

medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que ha expirado la patente del medicamento de marca.

Etapa de gastos médicos mayores: la etapa en el Beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado $8,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP, Plan de necesidades especiales de atención crónica): los C-SNP son Special Needs Plans (SNP, Planes de necesidades especiales) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se definen en la sección 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de inscripción basada en las agrupaciones de afecciones múltiples comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Coaseguro: cantidad que puede tener que pagar, expresada en porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar un reclamo**. El procedimiento de quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla, así como servicios de evaluación del entorno domiciliario.

Coordinated Care Organization (CCO): las CCO son empresas que tienen un contrato con el estado de Oregón para gestionar su cuidado de la salud. Están preparadas para que todos sus proveedores (médicos, enfermeras, asesores, dentistas) trabajen juntos para prevenir enfermedades y mejorar su salud y la salud de todos los miembros del OHP de su comunidad. En lugar de limitarse a tratarlo cuando enferma, las CCO trabajan

con usted para mantenerlo sano y ayudarlo a controlar su estado de salud.

Copago – Cantidad que es posible que tenga que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las cantidades que el miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coaseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan exija cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el importe, si lo hay, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le dice que no está cubierta por su plan, no se trata de una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las

determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de una empresa o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para Medicare pueden, por lo general, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cuidados asistenciales: los cuidados asistenciales son cuidados personales que se prestan en un hogar de ancianos, en un centro de cuidados paliativos o en otro tipo de establecimiento cuando usted no necesita cuidados médicos ni de enfermería especializados. Los cuidados asistenciales, prestados por personas que no tienen conocimientos ni formación profesional, incluyen la ayuda con actividades cotidianas como

bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados de la salud que la mayoría de la gente hace por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga los cuidados asistenciales.

Servicio de Atención al Cliente: departamento de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las reclamaciones y las apelaciones. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este folleto.

Cuota diaria de costo compartido: puede aplicarse una cuota diaria de costo compartido cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe abonar un copago. La cuota diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días de un mes de suministro. Por ejemplo, si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de $30 y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su “cuota diaria de costo compartido” es de $1 al día.

Deducible: importe que debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan se haga cargo del pago.

Baja o **cancelación de la inscripción**: proceso por el que finaliza su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que se toma el farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Persona con doble elegibilidad: persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP, Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad): los D-SNP inscriben a personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare (título XVIII de Social Security Act) como para la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Durable Medical Equipment (DME): determinado equipamiento médico que su médico solicita por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para utilizar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad, o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son (1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidence of Coverage (EOC, Evidencia de cobertura) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión sobre la cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido

inferior (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o estatal para ayudar 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 coaseguro.

Medicamento genérico: medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

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. No implica disputas sobre la cobertura o el pago.

Asistente de atención de la salud a domicilio: persona que presta servicios que no requieren las competencias de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha recibido una certificación médica de enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos facilitarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige el centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir obteniendo todos los servicios que sean necesarios por motivos médicos, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: estadía en un hospital cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, se lo puede considerar paciente ambulatorio.

Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados, tal y como figuran en su declaración impuestos de hace 2 años, superan un determinado importe, pagará el importe de la prima estándar y un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un gasto adicional que se agrega a la prima. Afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura de la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo del año hayan alcanzado los $8000.

Período de inscripción inicial: cuando usted reúne los requisitos para Medicare por primera vez, es el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted reúne los requisitos para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado: Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para recibir beneficios completos.

Institutional Special Needs Plan (SNP): plan que inscribe a personas que reúnen los requisitos y que residen de forma continua o se prevé que residan de forma continua durante 90 días o más en un LTC. Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un Nursing Facility (NF, centro de enfermería), (SNF/NF), un Intermediate Care Facility (ICF, centro de cuidados intermedios) para Individuals with Intellectual Disabilities (IDD, personas con discapacidades intelectuales), un centro psiquiátrico para pacientes

hospitalizados o centros aprobados por los CMS que presten servicios similares de atención médica a largo plazo cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tengan necesidades y condiciones de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y gestionar) los centros de LTC específicos.

Plan de Necesidades Especiales Equivalente al Institucional (SNP): un plan que inscribe a personas que reúnen los requisitos y que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado correspondiente y la administración debe estar a cargo de una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de SNP puede restringir la inscripción a personas que residan en un Assisted Living Facility (ALF, centro de vivienda con asistencia) concertado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de

sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): lista de medicamentos cubiertos por el plan.

Low Income Subsidy (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Cargo máximo: en Medicare original, el importe de dinero más alto que le puede cobrar un proveedor no participante por un servicio cubierto. Este importe supera en un 15 % al aprobado por Medicare. No obstante, el cargo máximo solo se aplica a determinados servicios y es posible que no se aplique a los equipos y suministros médicos.

Importe máximo de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año natural por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los importes que pague por las primas de su plan , las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para el importe máximo de bolsillo. **(Nota:** Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los gastos de

cuidado de la salud están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia.

Necesario por motivos médicos o medicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (por lo general aquellas con insuficiencia permanente de los riñones por la que se necesita diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en otro plan 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 reúna los requisitos para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C, un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan i) HMO, ii) PPO, iii) un Private Fee-for-Service (PFFS, Plan Privado de Tarifa por Servicio) o un iv) plan de Medicare Medical Savings Account (MSA, Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un SNP. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan de Costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan gestionado por una Health Maintenance Organization (HMO, Organización para la Conservación de la Salud) o un Competitive Medical Plan (CMP, Plan Médico Competitivo) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud del artículo 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como los oftalmológicos, odontológicos o auditivos, que pueda ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, SNP, Programas de Demostración/Piloto y PACE.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por empresas de seguros privadas para cubrir las “brechas” de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Medicare

Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de cuidado de la salud. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto

tiene que pagar por ellos. En este documento, las decisiones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto Biológico Original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud de los importes establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere en farmacias fuera de la red no

están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados ni están gestionados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido que figura más arriba. El requisito de costo compartido del miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan **PACE:** un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina Long-Term Services and Supports (LTSS, servicios y apoyos de larga duración), médicos y sociales para personas mayores, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Medicare Prescription Drug Benefit Program (Programa de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare) voluntario.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido algunas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: importe que se añade a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período ininterrumpido de 63 días o más después de reunir los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Punto de servicio: CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP) tiene una opción de Point-of-Service (POS) que le permite obtener atención de PCP y especialistas fuera de la red bajo ciertas condiciones. Para obtener más información, consulte la sección “Beneficio de Punto de servicio” en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Plan de Preferred Provider Organization (PPO, Organización de Proveedores Preferidos): un plan de PPO es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un importe de pago determinado. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de que se reciban de proveedores de la red o fuera de ella. Por lo general, los costos compartidos de los miembros serán más elevados cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual para los gastos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior para los gastos de bolsillo combinados totales por los servicios recibidos tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Gestor de beneficios de medicamentos con receta: a menudo denominado Pharmacy Benefits Manager (PBM, gestor de beneficios de medicamentos con receta), es un administrador externo de programas de medicamentos con receta. El PBM es el principal responsable de procesar y pagar las quejas por medicamentos con receta, pero también puede ser responsable

de contratar a las farmacias y negociar descuentos y reembolsos con los fabricantes de medicamentos.

Primary Care Provider (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su PCP antes de acudir a cualquier otro profesional de cuidado de la salud.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos para los que se necesita autorización previa están señalizados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos para los que se necesita autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Quality Improvement Organization (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud financiado por el gobierno federal para comprobar y mejorar la atención prestada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de gestión destinada a limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden referirse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período de tiempo determinado.

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en la que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los importes del costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe residir para inscribirse a un determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también suele ser el área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe darle de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Cuidados en un SNF: cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación prestados de forma continua y diaria, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero autorizado o un médico.

Plan de Necesidades Especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona un cuidado de la salud más específico a grupos concretos de personas, como los que tienen tanto Medicare como Medicaid, los que residen en un hogar de ancianos o los que padecen determinadas enfermedades crónicas.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que le obliga a probar primero otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Supplemental Security Income (SSI, **seguridad de ingreso suplementario):** beneficio mensual que abona el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidades, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios Que Se Necesitan Con Urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia, si

usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no son consideradas de urgencia aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Servicio de Atención al Cliente de CareOregon Advantage Plus

Modalidad	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAMADA	503-416-4279 o línea gratuita al 888-712-3258 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana 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. Además, el Servicio de Atención al Cliente dispone de servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número es solo para personas con dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana 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.

Modalidad	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
FAX	711
CARTAS	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 ***customerservice@careoregon.org***
SITIO WEB	***careoregonadvantage.org***

Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (SHIP de Oregón)

Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare.

Modalidad	Información de contacto
LLAMADA	Línea gratuita: 800-722-4134
TTY	711 Este número es solo para personas con dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar.
CARTAS	P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405 O póngase en contacto a través de su formulario protegido en línea ***shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx***
SITIO WEB	***shiba.oregon.gov***

CareOregon Advantage Plus es un HMO-POS D-SNP con un contrato de Medicare/Medicaid. La inscripción en CareOregon Advantage Plus depende de la renovación del contrato. “Más opciones, mejor atención” se refiere a nuestras redes de farmacias y proveedores más amplias en 2025 en comparación con el año del plan 2024.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA PAPERWORK REDUCTION ACT (PRA, LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES) De acuerdo

con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

COA-24809358-0927-SP

Asistencia en Beneficios de Seguro de Salud para Adultos Mayores (SHIBA) (SHIP de Oregón)

SHIBA es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Llame al: 503-378-2014 o al 800-722-4134

TTY/TDD: 711

Escribanos a: P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

O comuníquese usando el formulario seguro en línea

healthcare.oregon.gov/shiba/get-help/Pages/shiba-contact-form.aspx

SITIO WEB: shiba.oregon.gov/get-help/Pages/connect-with-us.aspx

Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage

Llame al: 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

Horario de atención:

8 a.m a 8 p.m los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo
8 a.m a 8 p.m de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

CareOregon® Advantage

careoregonadvantage.org

COA-24797150-SP-0920