Más opciones, mejor atención.
Esa es nuestra Ventaja.

2026

Evidencia de Cobertura

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

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

H5859_CO2026EOC_C

CareOregon Advantage

English

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. You have the right to an interpreter. You can get help from a certified or qualified also health care interpreter. This help is free. Call 888-712-3258, TTY 711, or tell your provider. We accept relay calls.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. También tiene derecho a solicitar un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete de atención médica certificado o calificado. Esta ayuda es gratuita. Llame al 888-712-3258, TTY 711 o infórmeselo a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Vietnamese

Quý vị có thể tải xuống tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, chữ in lớn, chữ nổi hoặc với định dạng mong muốn. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một thông dịch viên. Quý vị có thể nhận được sự trợ giúp từ một thông dịch viên chăm sóc sức khỏe có trình độ hoặc có chứng nhận. Dịch vụ này là miễn phí. Gọi tới số 888-712-3258, TTY 711 hoặc thông báo với nhà cung cấp của quý vị. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

Arabic

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى أو بخطٍ كبير أو بطريقة برايل أو بأي تنسيق تفضله. لديك أيضًا الحق في الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على مساعدة مترجم فوري معتمَد أو مؤهل في مجال خدمات الرعاية الصحية. يمكنك الحصول على هذه المساعدات مجانًا. اتصل بالرقم 888-712-3258 أو عبر خدمة الهاتف النصي على 711، أو أخبر مقدم الخدمة الخاص بك. نقبل المكالمات الواردة عبر خدمة الترحيل.

Dari - Afghan Persian

شما میتوانید این سند را به زبان های دیگر، چاپ بزرگ، خط بریل یا فارمتی که شما ترجیح میدهید بدست بیاورید. شما همچنان حق دارید که یک ترجمان شفاهی داشته باشید. شما میتوانید از یک ترجمان شفاهی تصدیق شده مراقبت صحی یا واجد شرایط کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 888-712-3258، TTY 711 تماس بگیرید، یا به ارائه کننده خود بگوئید. ما تماس های انتقالی (Relay Calls) را می پذیریم.

Russian

Этот документ можно получить на других языках, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом предпочитаемом формате. Кроме того, вы имеете право запросить услуги устного переводчика. Вы можете получить помощь дипломированного или квалифицированного устного переводчика, специализирующегося в области медицины. Эти услуги предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 888-712-3258 (TTY: 711) или обратитесь к своему врачу. Мы принимаем ретранслируемые звонки.

Somali

Waxaad dukumiintigan ku heli kartaa luuqadaha kale, farta waawayn, farta indhoolaha ama nooca aad rabto. Waxaad sidoo kale xaq u leedahay inaad hesho turjubaan. Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaan daryeelka caafimaadka qaabilsan oo xirfad u leh ama shahaado u haysta. Caawimadani waa bilaash. Wac 888-712-3258, TTY 711, ama u sheeg adeeg bixiyahaaga. Waanu aqbalaynaa wicitaanada dadka maqalka culus.

Traditional Chinese (Cantonese)

您可以獲得以其他語言、大字體、盲文或您喜歡的格式提供的該文件。您還有權獲得由口譯員提供的翻譯協助。您可以從經認證或合格的醫療保健口譯員那裡獲得幫助。這項幫助是免費的。請致電 888-712-3258，聽障或語言障礙人士請撥打 TTY 711 進行諮詢，或告知您的服務提供方。我們接受中繼呼叫。

Simplified Chinese (Mandarin)

您可以获得以其他语言、大字体、盲文或您喜欢的格式提供的该文件。您还有权获得由口译员提供的翻译协助。您可以从经认证或合格的医疗保健口译员那里获得帮助。这项帮助是免费的。请致电 888-712-3258，听障或语言障碍人士请拨打 TTY 711 进行咨询，或告知您的服务提供方。我们接受中继呼叫。

Korean

본 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형식으로 제공될 수 있습니다. 또한 통역사를 요청할 권리가 있습니다. 자격증을 소지하였거나 자격을 갖춘 의료 전문 통역사의 도움을 받을 수 있습니다. 이 지원은 무료로 제공됩니다. 전화 888-712-3258(TTY 711)번 또는 담당 제공자에게 문의하십시오. 중계 전화도 받고 있습니다.

Chuukese

Ka tongeni nounou ei taropwe non pwan foosun ekkoch fonu, epwe mesemong makkan, epwe ussun noun mei chuun ika non ew sokkun nikinik ke mochen kopwe nounou. Mei pwan wor omw pwuung omw kopwe nounou chon chiaku ngonuk. Mei pwan tongeni an epwe kawor ngonuk aninis ren peekin chiaku seni ekkewe ir ra kan tufichin chiaku ika ir mei tongeni chiaku ren peekin aninsin health care. Ei sokkun aninis ese pwan kamo. Kokori nampa 888-712-3258, TTY 711, ika pworous ngeni noumw we tokter ren. Kich mei pwan etiwa kokkon an emon epwe wisen atoura.

Ukrainian

Цей документ можна отримати в перекладі іншою мовою, надрукованим великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Крім того, ви маєте право на послуги усного перекладача. Ви можете скористатися послугами дипломованого або кваліфікованого усного перекладача, який спеціалізується в галузі охорони здоров’я. Такі послуги надаються безкоштовно. Зателефонуйте за номером 888-712-3258 TTY711 або зверніться до свого лікаря. Ми приймаємо виклики в режимі ретрансляції.

Farsi

شما می‌توانید این سند را به زبان‌های دیگر، نسخه چاپی درشت، خط بریل، یا در قالب دلخواه خود دریافت کنید. همچنین، شما حق دارید از یک مترجم کمک بگیرید. می‌توانید از یک مترجم شفاهی مراقبت‌های بهداشتی دارای گواهی‌نامه یا واجد صلاحیت کمک بگیرید. این کمک رایگان است. با شماره 888-712-3258 تماس بگیرید، از طریق دستگاه تله‌تایپ (TTY) با شماره 711 تماس حاصل کنید، یا موضوع را به ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود اطلاع دهید. ما از تماس‌های رله پشتیبانی می‌کنیم.

Amharic

ይህንን ሰነድ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትላልቅ ህትመቶች፣ በብሬይል ወይም በሚመርጡት ቅርጸት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ የማግኘት መብት አለዎት። እውቅና ካለው ወይም ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ እርዳታ ማግኘት ይችላሉ። ይህ እርዳታ ነጻ ነው። ወደ 888-712-3258፣ TTY 711 ይደውሉ ወይም ለአቅራቢዎ ይንገሩ። የሪሌይ ስልክ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

Romanian

Puteți obține acest document în alte limbi, tipărit cu font mare, în braille sau în formatul preferat. De asemenea, aveți dreptul la un interpret. Puteți obține asistență de la un interpret aprobat sau calificat în domeniul medical. Asistența este gratuită. Sunați la 888-712-3258, TTY 711 sau contactați furnizorul. Acceptăm apeluri prin centrală.

Khmer/Cambodian

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងទៀត អក្សរធំៗ អក្សរស្នាប ឬទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាន។
អ្នកក៏មានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផងដែរ។
អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់។
ជំនួយនេះផ្តល់ជូនឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 888-712-3258, TTY 711 ឬប្រាប់ស្ថាប័នផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
យើងទទួលយកការហៅទូរស័ព្ទបញ្ជូនបន្ត។

Burmese

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားဘာသာစကားများ၊ စာလုံးကြီးဖြင့် ပုံနှိပ်ထားခြင်း၊ မျက်မမြင်စာ သို့မဟုတ် သင်နှစ်သက်သော ဖောမက်တစ်ခုဖြင့် ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် စကားပြန်တစ်ဦးရပိုင်ခွင့်လည်း ရှိပါသည်။ အသိအမှတ်ပြုထားသော သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စကားပြန်တစ်ဦး၏ အကူအညီကို သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ ဖြစ်ပါသည်။ 888-712-3258, TTY 711 သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင့်အား စောင့်ရှောက်မှုပေးသူကို ပြောပါ။ ကြားလူအကူအညီဖြင့် ဖုန်းခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

Swahili

Unaweza kupata hati hii katika lugha nyingine, machapisho makubwa, maandiko ya nukta nundu au katika muundo unaoupenda. Una haki ya kupata mkalimani. Unaweza kupata msaada kutoka kwa mkalimani wa huduma za afya aliyeidhinishwa au anayestahiki. Msaada huu haulipishwi. Piga simu kwa 888-712-3258, TTY 711, au mweleze mtoa huduma wako. Tunapokea simu za kupitia mfasiri wa mawasiliano.

1 de enero - 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026

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

Este documento ofrece información detallada sobre su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento jurídico importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258. (Los usuarios de TTY 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, y 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 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 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso acerca de cualquier cambio que pueda afectarle al menos con 30 días de antelación.

H5859_CO2026EOC_

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

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de CareOregon Advantage Plus 5
SECCIÓN 2 Requisitos para ser miembro del plan 6
SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo operan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 Contactos de CareOregon Advantage Plus 19
SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare 23
SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud) 24
SECCIÓN 4 Quality Improvement Organization (QIO, Organización para la Mejora de la Calidad) 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Oregon Health Plan (Medicaid) 27
SECCIÓN 7 Programas de ayuda para el pago de medicamentos con receta 29
SECCIÓN 8 Railroad Retirement Board (RRB, Consejo de Jubilación para Trabajadores Ferroviarios) 31
SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro de enfermedad del trabajo 32

CAPÍTULO 3: Utilizando nuestro plan para sus servicios médicos 33

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica 35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención 39
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 41
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 42
SECCIÓN 6 Normas para recibir asistencia en un centro de cuidado de la salud religioso no médico 43
SECCIÓN 7 Normas para obtener la propiedad de los equipos médicos duraderos 44

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto) 47

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos.....47
SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos....48
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de CareOregon Advantage Plus.....99
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan 102

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.. 105

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de nuestro plan para los medicamentos de la Parte D.....105
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....106
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 110
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 112
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera.....114
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año.....116
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....118
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 119
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 120
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos.....122

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por medicamentos de la Parte D 125

SECCIÓN 1 Cuánto paga por medicamentos de la Parte D 125
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareOregon Advantage Plus.....128
SECCIÓN 3 Su Descripción de Beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted 128
SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible 130
SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial.....130
SECCIÓN 6 La Etapa de Gastos Médicos Mayores 138
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....138

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos el pago de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 141

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe solicitarnos pagar nuestro costo compartido por servicios o medicamentos cubiertos 141
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....144
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y responderemos sí o no 145

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 147

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y aspectos culturales.....147
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 157

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas) 159

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 159
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 160
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para resolver su problema.....161
SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....161
SECCIÓN 5 Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....162
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 165
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....174
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos cubrir una hospitalización más larga si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 185
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos seguir cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto.....190
SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 194
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención al cliente, u otras inquietudes 197
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....201

CAPÍTULO 10: Finalizar la membresía en nuestro plan 204

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan 204
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....204
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 208

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 209
SECCIÓN 5 CareOregon Advantage Plus debe finalizar nuestro plan de membresía en determinadas situaciones 209

CAPÍTULO 11: Avisos legales..... 212

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 212
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 212
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare ..213

CAPÍTULO 12: Definiciones 214

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de CareOregon Advantage Plus

Sección 1.1 Usted está afiliado en CareOregon Advantage Plus, que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare

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).
- **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 a través de nuestro plan, CareOregon Advantage Plus. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. No obstante, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de nuestro 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 los 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 tienen derecho a recibir apoyo de Medicaid.

Como usted recibe apoyo de Medicaid con 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 Medicare. Medicaid también 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 de Medicare. CareOregon Advantage Plus le ayudará a gestionar todos estos beneficios para que usted reciba los servicios de salud y el apoyo del pago a 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. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Oregón para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 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 usted esté afiliado a CareOregon Advantage Plus entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite introducir cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año de calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareOregon Advantage Plus después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (the Centers for Medicare & Medicaid Services [los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid]) y Oregon Health Plan (Medicaid) deben aprobar CareOregon Advantage Plus. Usted puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare y Oregon Health Plan (Medicaid) renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos para ser miembro del plan

Sección 2.1 Requisitos para ser miembro

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan en la medida en que cumpla los siguientes requisitos:

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

Requisitos especiales para ser miembro de 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.

Nota: Si pierde la elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de dos meses, entonces continuará siendo elegible para ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considere que continúa siendo elegible.

Sección 2.2 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, cuáles servicios están cubiertos y el costo de los mismos. Los estados también pueden decidir cómo gestionar su programa siempre que sigan las directrices federales.

Además, Medicaid ofrece programas que apoyan a las personas 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 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 continuar residiendo en el área de servicio de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

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

Si tiene previsto mudarse a un nuevo estado, debe también contactar a su oficina estatal de Medicaid y preguntar cómo este cambio afectará sus beneficios de Medicaid. Los números telefónicos de Medicaid se incluyen en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, dispondrá de un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o afiliarse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social al 800-772-1213 (Usuarios de TTY llamar al 800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Material importante sobre la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que surta en las farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si su Medicaid no es gestionado por CareOregon.

Si su Medicaid es manejado por CareOregon, su tarjeta de membresía mostrará el logo y el nombre de su Coordinated Care Organization (Organización de Atención Coordinada) en la esquina superior derecha. Esto significa que usted sólo necesita llamar a la línea de Servicio de Atención al Cliente para hacer preguntas relacionadas con sus beneficios.

Los miembros que no tengan Medicaid manejado por CareOregon, tendrán un signo de “más” en la esquina superior derecha. Estos miembros deberán traer su tarjeta de Medicaid para citas con su proveedor y comunicarse al número de Servicio de Atención al Cliente para tener información sobre sus beneficios de Medicaid.

Ejemplo de tarjeta de membresía:

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 nuestra tarjeta de membresía al plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de Proveedores,* careoregonadvantage.org/providersearch, figuran los proveedores de nuestra red actual y los distribuidores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, distribuidores de equipo médico duradero, 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 donde no sea razonable o posible recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos cuando CareOregon Advantage Plus autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/providersearch.

Si no tiene el *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258

(Usuarios de TTY llamar al 711). Las solicitudes del *Directorio de Proveedores* impresas le serán enviadas por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de Farmacias*, careoregonadvantage.org/pharmacy, contiene nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que aceptan surtir las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no pertenecen a nuestra red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia en Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/pharmacy. De igual manera puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores. Por favor consulte el Directorio de Farmacias 2026 para checar cuáles farmacias forman parte de nuestra red.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan dispone de una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada la “Lista de Medicamentos” o formulario). Indica cuáles medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D en CareOregon Advantage Plus. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare serán incluidos en su Lista de Medicamentos, salvo que hayan sido eliminados o reemplazados según se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de CareOregon Advantage Plus.

La Lista de Medicamentos también indica si existen normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le facilitaremos una copia de la “Lista de Medicamentos”. La Lista de Medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, visite nuestro sitio web o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre cuáles medicamentos están cubiertos, visite careoregonadvantage.org/druglist o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Plan de prima mensual* * Su prima puede ser mayor a esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para más detalles.	**$0**
Deducible	**$0**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1 para más detalles.)	**$9,250** **Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que cuente para el monto máximo de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de un médico especialista	**$0 por visita**
Hospitalizaciones	**$0**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 Sección 4 para más detalles.)	**$615** **Excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.**

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para más detalles, incluyendo el deducible anual, y las etapas de cobertura inicial y de gastos médicos mayores.)	**Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Niveles de medicamentos 1-5:** **Para medicamentos genéricos o de marca que se consideren genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta.** **Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta.** **Coaseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Medicamentos excluidos de la Parte D en el Nivel 2 usted paga: 25%** **Etapa de Gastos Médicos Mayores:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.** **Es posible que comparta el costo por los medicamentos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.**

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 afiliación tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.4)
- Importe del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas incluida en esta *Evidencia de Cobertura* no es aplicable para usted**. Le hemos enviado un documento por separado denominado *Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas Quienes Reciben Extra Help para Pagar 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 documento, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad 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 la prima de la Parte B.

Si Oregon Health Plan (Medicaid) no está pagando sus primas de Medicare, usted deberá continuar pagando sus primas de Medicare para permanecer como miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También es posible que pague una prima de la Parte A, si no es elegible para la prima sin costo de la Parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene una doble elegibilidad, la Late Enrollment Penalty (LEP, Multa por Inscripción Tardía) no es aplicable mientras mantenga su doble elegibilidad, pero si pierde su estado de doble elegibilidad, es posible que tenga que pagar una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D, si en cualquier momento una vez finalizado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es aquélla que cumple las normas mínimas de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos 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. Usted tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagar la multa por inscripción tardía si:

- Usted recibe Extra Help de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un trabajo anterior, sindicato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA, Administración de Salud para Veteranos). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Usted puede obtener esta información a través de una carta o del boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier carta o notificación debe establecer que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos con receta que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos no son acreditables para la cobertura de medicamentos con receta.

Medicare determina el importe de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que ha tardado en inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare, después de haber sido elegible para hacerlo. O se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura válida de medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que usted no tuvo una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14 %.
- A continuación, Medicare determina el importe de la prima del plan mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país durante el año anterior (prima nacional base para beneficiarios). Para 2026 este importe promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa por la prima nacional base para beneficiarios realizando un redondeo a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14 % por $38.99, lo que equivale a $5.46. Redondeado sería $5.50. Este importe se agregaría **a la prima mensual del plan para quien tuviera una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres cosas importantes a saber acerca de la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima nacional base para beneficiarios puede variar cada año.

- **Usted continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aun y cuando cambie de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está afiliado en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por vejez 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

Si usted pierde la elegibilidad para este plan en virtud de cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un recargo por su Medicare plan, conocido como Part D Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA, Importe del Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D). El recargo es calculado 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 www.Medicare.gov/health drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA 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 nuestra 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 IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el importe adicional del IRMAA, se le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de los medicamentos con receta.**

Si usted no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 800-772-1213 (Usuarios de TTY llamar al 800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago de Prescripción de Medicare

Si usted está participando en el Plan de Pago de Prescripción de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus recetas médicas (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se calcula en función de lo que debe por cualquier medicamento que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido entre el número de meses que quedan del año.

El Capítulo 2, Sección 7 incluye más información sobre el Plan de Pago de Prescripción de Medicare. Si usted no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no se modificará durante el año

No estamos autorizados a modificar el importe de 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 entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía en caso de que deba una, o puede ser necesario que comience a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si se convierte en elegible para la Extra Help, o pierde su elegibilidad a la Extra Help durante el año.

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

  Conozca más acerca de la Extra Help en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro 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. Se muestra la cobertura específica de su plan, incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de nuestra red del plan **utilizan su registro de membresía para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y los importes de sus costos compartidos**. Por esta razón, es muy importante ayudarnos a mantener sus datos actualizados.

Si se presenta alguno de los siguientes cambios, por favor avísenos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su trabajo, del trabajo de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como los derivados de un accidente automovilístico.
- Si está ingresando 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 nuestro plan acerca de estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le exhortamos a que lo haga).

Si cambia alguno de estos datos, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Llame al Seguro Social al 800-772-1213 (Usuarios de TTY llamar al 800-325-0778).

Adicionalmente, debe comunicarse con el asistente social del Programa de Medicaid de Oregon (Oregon Health Plan) o con Servicio de Atención al Cliente del Oregon Health Plan y notificarles cualesquiera de estos cambios. Encontrará los números de teléfono de Oregon Health Plan en

SECCIÓN 7 Cómo operan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información acerca de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga, a fin de que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta listando las coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Le pedimos que lea cuidadosamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figure en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). Es posible que tenga que proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando se tiene otro seguro (como el seguro médico grupal del trabajo), las normas de Medicare deciden si se paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero

(el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que sea segundo en pagar (“el 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, quien 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) siguen 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) siguen 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 (incluyendo el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo 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

SECCIÓN 1 Contactos de CareOregon Advantage Plus

Para ayuda con reclamaciones o facturación, o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de CareOregon Advantage Plus. Le apoyaremos con gusto.

Servicio de Atención al Cliente – Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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, Servicio de Atención al Cliente 503-416-4279 o sin costo 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) cuenta con 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	503-416-3723
Cartas	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 ***customerservice@careoregon.org***
Sitio web	***careoregonadvantage.org*** Portal para miembros: careoregonadvantage.org/memberportal

Cómo 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 pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de Cobertura o Apelaciones sobre su Atención Médica - Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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.
Fax	Decisiones de cobertura: 503-416-3671 Apelaciones: 503-416-8118
Cartas	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Decisiones de Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte B y la Parte D - Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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.
Fax	Decisión de cobertura Parte B: 503-416-4722 Decisión de cobertura Parte D: 503-416-8109 Apelaciones Parte B o D: 503-416-1428
Cartas	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Sitio web	careoregonadvantage.org/rxinfo

Cómo presentar una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja acerca de nosotros o de uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de quejas no implica disputas sobre la cobertura o el pago. Para más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas acerca de Atención Médica - Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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.
Fax	503-416-1313
Cartas	315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre CareOregon Advantage Plus directamente ante Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos pagar el costo de la atención médica o un medicamento que usted recibió

Si tiene una factura o efectuó un pago por servicios (como la factura de un proveedor) y considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura al proveedor. Consulte el Capítulo 7 para más información.

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

El pago de servicios médicos cubiertos por Medicaid o la parte que Medicaid normalmente pagaría (como costos compartidos) no son elegibles para reembolso. Por favor contacte al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (TYY al 711) para más información.

Solicitudes de Pago de la Parte C - Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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	503-416-8115
Cartas	Attn: DMR – Claims Department, 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Sitio web	***careoregonadvantage.org***
Solicitudes de Pago de la Parte D - Información de Contacto	
Llamada	503-416-4279 o sin costo 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	503-416-8109
Cartas	Attn: Pharmacy Department – 315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204
Sitio web	careoregonadvantage.org/rxreimbursement

SECCIÓN 2 Reciba ayuda de 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 es Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluyendo nuestro plan.

Medicare - Información de Contacto	
Llamada	800-MEDICARE (800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	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.
Chat en vivo	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
Cartas	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare - Información de Contacto	
Sitio Web	www.Medicare.gov • Obtenga información acerca de los planes de atención médica y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo el costo de los mismos y los servicios que proporcionan. • Encuentre a los médicos o proveedores de atención médica y distribuidores participantes en Medicare. • Conozca lo que Medicare cubre, incluyendo servicios preventivos (como detecciones, inyecciones o vacunas, y las visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información acerca de la presentación de apelaciones ante Medicare y los formatos relativos. • Obtenga información acerca de la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros hospitalarios de rehabilitación, y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números telefónicos de utilidad. También puede visitar **www.*Medicare.gov*** para comunicar a Medicare cualquier queja que tenga acerca de CareOregon Advantage Plus. **Para presentar una queja ante Medicare**, ingrese a www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare considera seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Oregón, el SHIP se denomina Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA, Asistencia de Beneficios de Seguro Médico para Jubilados).

El 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 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, a entender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre el cambio de planes.

Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) (SHIP de Oregon) - Información de Contacto	
Llamada	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 Quality Improvement Organization (QIO, Organización para la Mejora de la Calidad)

Una Quality Improvement Organization (QIO) atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Oregon, la Quality Improvement Organization se llama Acentra Health.

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

Contacte a Acentra Health en cualesquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca la calidad de atención que recibió. Ejemplos de inquietudes sobre la calidad de atención incluyen una medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.

- Considera que la cobertura de su hospitalización está finalizando demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud a domicilio, cuidados en un hogar de ancianos especializado o en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria) está finalizando demasiado pronto.

Acentra Health (Quality Improvement Organization de Oregon) - Información de Contacto	
Llamada	888-305-6759 Días hábiles: De 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos: De 10 a. m. a 4 p. m.
TTY	711
Cartas	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y tramita la inscripción a Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un importe extra por la 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, contacte al Seguro Social para informarles al respecto.

Seguro Social - Información de Contacto	
Llamada	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. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	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 los 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.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Las personas con SLMB+ también cumplen con los requisitos para obtener todos los beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, póngase en contacto con Oregon Health Plan.

Oregon Health Plan (programa Medicaid de Oregon) - Información de Contacto	
Llamada	Servicio de Atención al Cliente del Oregon Health Plan: 800-273-0557
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.

Governor's Advocacy Office – Información de Contacto	
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-15 Salem, OR 97301 Correo electrónico: gao.info@dhsoha.state.or.us
Sitio web	https://www.oregon.gov/odhs/about/pages/gao.aspx

La Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman (Oficina del Mediador de Cuidado a Largo Plazo de Oregon) ayuda a las personas a obtener información acerca de hogares de ancianos y a resolver problemas entre éstas y los residentes o sus familias.

Oregon Office of the Long-Term Care Ombudsman - Información de Contacto	
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 Programas de ayuda para el pago de medicamentos con receta

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

Extra Help (Ayuda Adicional) de Medicare

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

Si tiene preguntas acerca de la Extra Help, llame a las siguientes opciones:

- 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048;
- Social Security Office (Oficina del Seguro Social) al 800-77-1213, entre 8 a. m. y 7 p. m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY llamar al 800-325-0778; o
- Su State Medicaid Office (Oficina Estatal de Medicaid) al 800-273-0557.

Si usted considera que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para apoyarle a obtener pruebas del importe adecuado de su copago. Si usted ya cuenta con pruebas de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir dichas pruebas con nosotros.

- Si necesita ayuda para obtener pruebas de su nivel de subvención de Extra Help, póngase en contacto con nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente e investigaremos a Medicare y el estado de Oregon para encontrar las pruebas necesarias que precisa.
- Cuando obtengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el importe de copago correcto la próxima vez que adquiera un medicamento con receta. Si paga de más por el copago, se lo reintegraremos ya sea por medio de un cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró 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 preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

¿Qué ocurre si tiene Extra Help y cobertura de un 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 a acceder a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la ayuda de costos compartidos de medicamentos con receta a través de CAREAssist.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, entre los que se incluyen la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos (según lo define 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 ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a CAREAssist al 971-673-0144 o a la línea gratuita 800-805-2313.

Plan de Pago de Prescripción de Medicare

El Plan de Pago de Prescripción de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus costos de su propio bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos a lo largo del **año calendario** (enero - diciembre). Cualquiera con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a manejar sus gastos propios, pero no hará que ahorre dinero ni reducirá el costo de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Prescripción de Medicare y se mantiene en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Extra Help de Medicare y la asistencia de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Prescripción de Medicare. Para conocer

más acerca de esta opción de pago, llame a Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago de Prescripción de Medicare - Información de Contacto

Llamada	844-368-8729 Todas las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar a este número los 7 días de la semana, de 3 a. m. a 8 p. m. tiempo del Pacífico. Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes para personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
Cartas	OptumRx Attn: M3P Election Processes PO Box 650287 Dallas, TX 75265-0287
Sitio Web	https://m3p-form.benefitrx.com/?cid=careorgn

SECCIÓN 8 Railroad Retirement Board (RRB, Consejo de Jubilación para Trabajadores Ferroviarios)

El Railroad Retirement Board 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, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Para preguntas acerca de sus beneficios del Railroad Retirement Board, póngase en contacto con el organismo.

Railroad Retirement Board (RRB) - Información de Contacto	
Llamada	877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Marque “0”, para 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. Marque “1”, para acceder a la línea de asistencia automatizada del RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluyendo fines de semana y los días festivos.
TTY	312-751-4701 Este número es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla y se necesita un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro de enfermedad del trabajo

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) reciben beneficios por su trabajo (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para cualquier 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 de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento). Usted puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227) si tiene preguntas acerca de su cobertura de Medicare bajo este plan. Usuarios de TTY llamar al 877-486 2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos 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 ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Utilizando nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que tiene que saber acerca de la utilización de nuestro plan para recibir atención médica cubierta.

Para información detallada sobre la atención médica que cubre nuestro plan, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **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.
- **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. Acordamos 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, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- **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 Médicos en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se tratan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica sea cubierta por nuestro 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 reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** del Capítulo 4.
- **La atención que reciba 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) proporcionando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para más información).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda acudir a otros proveedores de nuestra red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de cuidado de la salud a domicilio. Para más información, consulte la Sección 2.3.
    - Usted no necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Para saber más acerca de otros tipos de atención que puede recibir sin recibir la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir asistencia de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor quien no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted tiene que pagar al proveedor la totalidad de los servicios recibidos. He aquí 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesario de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para más información, y ver cuáles son los servicios de emergencia o necesarios de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid 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.

      Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga a nuestro

plan por la diálisis nunca pueden ser más altos que los costos compartidos de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe la diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, el costo compartido no puede ser más alto que 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 de nuestra área de servicio de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser más elevado.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red de nuestro 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?

- 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.
- Los tipos de proveedores que actúan con más frecuencia como PCP son los siguientes: medicina de familia, medicina interna, medicina general y pediatría.
- 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.
- 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 elegir un PCP

Cada miembro de CareOregon Advantage Plus 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.

Cómo cambiar su 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 necesitaría elegir 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. Servicio de Atención al Cliente le 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.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una remisión del 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, incluyendo exámenes mamarios, mamografías de cribado (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Inyecciones contra la gripe, vacunas de COVID-19, vacunas de Hepatitis B y vacunas de neumonía.
- Servicios de emergencias prestados por proveedores de la red o de fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son aquéllos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia), ya sea que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si en virtud de su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. 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 de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de

TTY llamar al 711) 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. Por ejemplo:

- 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 limita a que usted consulte a determinados especialistas u hospitales a los que le remita su PCP. Los miembros pueden solicitar la atención de cualquier especialista u hospital listado en el Directorio de Proveedores (careoregonadvantage.org/providersearch).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) en la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, Medicare exige que usted tenga 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 acudió con ese proveedor en los últimos 3 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 visitó en los últimos 3 meses.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continuada.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted a fin de que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le informaremos acerca de los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor de la red o beneficio no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con los costos compartidos de la red. 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 nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que se ocupe de su atención.
- Si considera 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

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 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, catástrofe o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Reciba atención en caso de emergencia médica

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 los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la correspondiente licencia estatal, aunque no forme parte de nuestra red.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Puede obtener asistencia médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los 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 le atiendan en la emergencia decidirán cuándo su estado es estable y cuándo 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. Sus doctores seguirán tratándole hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planeen una atención adicional. Nuestro plan cubrirá sus cuidados de seguimiento. Si su atención de emergencia es prestada por proveedores fuera del estado, 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 diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas 2 maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que reciba se considera servicios necesarios de urgencia y usted cumple las normas mencionadas más adelante para recibir esta atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia, ya sea que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si en virtud de su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. 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 aun y cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro 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 Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 durante el horario laboral habitual.

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

Sección 3.3 Reciba atención en caso de catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los 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 nuestro plan.

Visite careoregonadvantage.org para información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro 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 surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si realizó un pago o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos pagar nuestra parte del costo compartido de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 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 4.1 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. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o si se obtienen servicios fuera de la red sin una autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. En el Capítulo 4, Sección 3. 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 Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) durante el horario laboral habitual.

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 que agote su beneficio para ese tipo de

servicios cubiertos. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) durante el horario laboral habitual, cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también 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. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que participa en un ensayo clínico calificado, será únicamente responsable de 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. Usted tendrá que presentar documentación que nos demuestre cuánto ha pagado.

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 atiendan como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de nuestro plan (esto no es aplicable para beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo determinados beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas [National Coverage Determinations-Coverage with Evidence Developtment-NCDs-CED, Determinaciones Nacionales de Cobertura-Cobertura con Desarrollo de Pruebas] y estudios de Investigational Device Trials [IDE, Ensayos de Dispositivos en Investigación]. Estos beneficios pueden también estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Mientras no necesite el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le exhortamos a que nos notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos cubiertos por Medicare.

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

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

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, incluyendo:

- 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.

Después de que Medicare haya 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 pagará tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte de un estudio si su afección médica requiriera normalmente una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona en el ensayo.

Obtenga más información acerca de participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información acerca de participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica) disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227. Los Usuarios de TTY 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 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, en su lugar cubriremos 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 Cómo recibir 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.
- Nuestro plan únicamente cubre 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 para obtener la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no tendrá la propiedad de cierto equipo médico duradero después de efectuar un determinado número de pagos bajo 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 los miembros a ser utilizadas en el hogar. El miembro siempre posee determinados artículos, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben 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. **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**. Usted no tendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para más información.

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

Si no obtuvo 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 ser propietario del artículo de DME. Los pagos que usted hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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. No obtuvo la propiedad del artículo 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. Cualesquiera de los pagos que ya haya realizado (tanto a nuestro plan como a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

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 nuestro plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Por 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 5 años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, vuelve a empezar el ciclo de 5 años, aunque permanezca en la misma empresa, y de nuevo tendrá que cubrir copagos durante los 36 primeros meses. Si se inscribe a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos lista los servicios cubiertos como miembro de CareOregon Advantage Plus. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos, y explica 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 de nuestro plan para recibir la asistencia y mantenga su elegibilidad en Medicaid. (Consulte el Capítulo 3 para más información acerca de las normas de nuestros 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.

Medicare Advantage (MA) tiene límites en el importe que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos bajo nuestro plan. Este límite se denomina Maximum Out-Of-Pocket (MOOP, importe máximo de bolsillo) para los servicios médicos. **Para el año de calendario 2026, el MOOP asciende a $9,250.**

Los importes que pague por los servicios cubiertos se toman en cuenta para este importe máximo de bolsillo. Los importes que paga por sus medicamentos de la Parte D no se toman en cuenta para el importe máximo de su bolsillo. Además, los importes que paga por algunos servicios no se toman 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 $9,250, 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 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En el Cuadro de Beneficios Médicos de las páginas siguientes se mencionan los servicios que cubre CareOregon Advantage Plus. La cobertura de los medicamentos 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:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluido el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, y los medicamentos 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 una atención de emergencia o de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya proporcionado una remisión. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios que recibe fuera de la red.
- 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 (una remisión) antes de que usted pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios que figuran en el Cuadro de Beneficios Médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización de nuestra parte 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. (Para conocer más acerca de la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2026 [Medicare y Usted 2026]*. En línea puede encontrarlo en www.Medicare.gov o puede solicitar una copia llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 877-486-2048).
- Respecto a los servicios preventivos cubiertos de manera gratuita por Medicare Original, también cubrimos dichos servicios sin costo alguno para usted.
- Si Medicare suma la cobertura de algún servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si usted es elegible 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 Médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información Importante sobre los Beneficios para Afiliados Quienes Reúnen los Requisitos para Extra Help:

- Si recibe Extra Help para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare, es posible que reúna los requisitos para otros beneficios suplementarios específicos o para una disminución específica de los costos compartidos.

Información Importante sobre los Beneficios para Afiliados con Enfermedades Crónicas

- Si le diagnostican alguna(s) enfermedad(es) crónica(s) de las que se mencionan a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Falla cardiaca crónica, Diabetes mellitus.
    - No hay ninguna acción que se requiera por parte de los afiliados para su elegibilidad. Automáticamente determinaremos su elegibilidad por:
        - Recopilación de códigos de diagnóstico mensualmente durante todo el año, para ayudar a identificar si los miembros que renuevan o los diagnosticados a mitad de año pueden ser elegibles.
- Para más detalles, consulte el renglón de *Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill* (Beneficios Suplementarios Especiales para personas con Enfermedades Crónicas III) en el Cuadro de Beneficios Médicos que se muestra a continuación.
- Contáctenos para saber exactamente a cuáles beneficios usted puede ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Examen de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía única de detección para personas de riesgo. Nuestro 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: Se 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 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejoría. No podrán realizarse más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos para los Proveedores**: Los médicos (como se definen en los apartados 1861[r][1] de la Social Security Act [the 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,	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• 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 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 si son prestados 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 nuestro 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.	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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.
Medición de la masa ósea Para 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.
Examen de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • 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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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. Nuestro plan también cubre los programas de rehabilitación cardiovascular intensivos que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardiovascular.	$0
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria 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.
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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Tarjeta CareCard de CareOregon Advantage La tarjeta CareCard de CareOregon Advantage permite a sus afiliados gastar $186 al año ($15.50 por mes) para artículos de venta libre. Los fondos no utilizados caducan al final de cada mes. Consulte su Guía de Bienvenida o contacte al Servicio de Atención al Cliente para más información. Consulte los **Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos** para conocer los beneficios adicionales a los que puede calificar con la CareCard CareOregon Advantage.	No hay coaseguro, copago ni deducible para utilizar este beneficio.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello de útero Los servicios cubiertos incluyen: • 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 quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**
Manejo crónico del dolor y servicios de tratamiento Servicios cubiertos mensualmente para las personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente con una duración mayor a 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planeación de cuidados.	$0 **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.
- La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de cribado por tomografía computarizada, o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de cribado o colonoscopia de cribado. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede cubrir el costo de una colonografía por tomografía computarizada de cribado realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de cribado o la última colonoscopia de cribado.
- 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 que tuvieron una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o una colonografía por tomografía computarizada.
- 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.

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 u otros tejidos durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser un examen de diagnóstico. Para obtener más información, consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• 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. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba fecal de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de cribado de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de cribado planificada o una colonoscopia de cribado que implique la extracción de tejido u otra sustancia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en la misma atención clínica que la prueba de cribado.	
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 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 una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de 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 órganos.	$0
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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Detección de la diabetes Cubrimos este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos 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 2 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: • 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 de calendario, un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas suministradas con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no 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.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
DME y suministros relacionados (Para la definición de DME, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no están limitados a, 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 careoregonadvantage.org/providersearch.	$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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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, considera 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 de la red es la misma que para dichos servicios prestados dentro de la red. No está cubierto fuera de los EE. UU. y sus territorios, salvo bajo circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para más detalles.	$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 cambiarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta.
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

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Ayuda con ciertas afecciones crónicas Para quienes han sido diagnosticados con hipertensión, no pagan nada por un dispositivo de monitoreo de la presión arterial cada 24 meses, de entre los modelos aprobados. Visite careoregon.nationsbenefits.com/login o llame al 877-278-9003.	$0
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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Agencia de atención de la salud a domicilio Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y 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, pero no están limitados a, lo siguiente: • 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) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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). Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluyendo los de enfermería prestados de acuerdo con nuestro plan de atención • Formación y educación del paciente no cubiertas de otro modo bajo el beneficio de equipos médicos duraderos • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio suministrados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos Usted es elegible 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 atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluyendo programas que nos pertenezcan, controlemos o en los que tengamos 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: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando ingrese a un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan, en cuyo caso deberá continuar pagando las primas del plan. **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 y cualesquiera servicios de la Parte A o Parte B 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. A usted se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.	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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos (continuación) **Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B 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 si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como obtener autorización previa si existe ese requisito). • 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 de nuestro 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 medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de nuestro 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.	

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 • Vacunas contra la Hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la Hepatitis B • Vacunas 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 de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para más información.	No hay coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la Hepatitis B y el COVID-19.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de apoyo a domicilio Hasta sesenta (60) horas de visitas a domicilio y virtuales al año con Papa Pals. Este beneficio ayuda a los miembros con las actividades instrumentales de la vida diaria, como transporte, compra de comestibles, preparación de la comida, tareas domésticas ligeras y administración de medicamentos. El personal de apoyo también puede brindar ayuda con necesidades de asistencia tecnológica, acceso a los beneficios de los miembros (como la activación de tarjetas CareCard) y de carácter social. 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 855-485-8832 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.	No hay coaseguro, copago ni deducible para este servicio.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria Incluye hospitalización por casos agudos, rehabilitación, 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, incluyendo 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 • 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	$0 Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su estado de emergencia, su costo compartido será el que pagaría en un hospital de la red.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria (continuación) • Bajo 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 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 – incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza con solo la primera pinta de sangre que necesite. Los componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • 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 le puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Obtenga más información en la hoja informativa de *Beneficios Hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare Hospital-Benefits.pdf o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 877-486-2048.	
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 un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria no es aplicable a los servicios de salud mental 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 consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un SNF una vez finalizado un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No hay límite al número de períodos de beneficio.	$0 **SALVO EN CASO DE EMERGENCIA, PUEDEN APLICARSE NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: 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. En algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF).	Para cada servicio, consulte las secciones correspondientes de este Cuadro de Beneficios para conocer los beneficios, normas y límites.
Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Servicios médicos	Consulte **Servicios médicos, incluyendo las visitas al consultorio médico**
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluyendo materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios**
• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que sustituyan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inactivo o que funcione mal, incluyendo la sustitución o reparación de dichos dispositivos	Consulte **Prótesis, órtesis y materiales relacionados**
• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo 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	Consulte **Servicios ambulatorios de rehabilitación**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 bajo 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 de calendario.	No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare **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 nuestro plan	$0 **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 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. 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) cubiertos bajo la Parte B de Medicare
- 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, incluyendo 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)

* Los medicamentos en esta categoría pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada. Este enlace le conecta a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la Terapia Escalonada: *careoregonadvantage.org/druglist*

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos algunas vacunas bajo la parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos 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 de la Parte D a 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, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle 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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 para el MAT (tratamiento asistido con medicamentos) aprobados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) de los EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si es aplicable) • Asesoramiento sobre el abuso en el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo los materiales y suministros técnicos • Material quirúrgico, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre – incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza con solo la primera pinta de sangre que necesite. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema de salud. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, se le puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de *Beneficios Hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare Hospital-Benefits.pdf o llamando al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 877-486-2048.	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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, pero no están limitados a, lo siguiente:	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**
• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria	
• Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital	Consulte **Atención de emergencia**
• Cuidado de la salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital	Clínica ambulatoria: Consulte **Servicios médicos, incluyendo las visitas al consultorio médico**
• Material médico, como férulas y yesos	

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación) • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse **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 le puede considerar paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** Cuidado de la salud mental: Consulte **Cuidado ambulatorio de la salud mental** Hospitalización parcial: Consulte **Servicios de hospitalización parcial** Consulte **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidado ambulatorio de la salud mental Los servicios cubiertos incluyen: 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) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	$0
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 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, Centros Integrales de Rehabilitación Ambulatoria).	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Usted está cubierto por servicios y suministros para tratar la dependencia química en régimen ambulatorio (terapia individual o de grupo)	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria, incluyendo 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 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 le 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, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT, licensed marriage and family therapist's) o consejero profesional autorizado, 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, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$0 **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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, incluyendo las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • 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 determinar si necesita tratamiento médico • 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 • 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	$0 por cada consulta al médico de cuidado primario cubierta por Medicare. $0 por cada consulta al especialista cubierta por Medicare.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga

Servicios médicos, incluyendo las visitas al consultorio médico (continuación)
• 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, 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:
  o Ha tenido una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina
  o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina
  o 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 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 lo siguiente:
  o Usted no es un paciente nuevo **y**
  o El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
  o 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 lo siguiente:
  o Usted no es un paciente nuevo **y**
  o El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**	

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
○ 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	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • 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
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicación oral aprobada por la FDA o medicamentos inyectables PrEP. Si usted está adquiriendo un medicamento inyectable, nosotros también cubrimos la cuota por la inyección del medicamento.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio PrEP.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Hasta 8 sesiones individuales de consultoría (incluyendo evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de HIV cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	
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, órtesis 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 órtesis; 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 (incluyendo un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con prótesis y órtesis, así como la reparación o la sustitución de prótesis y órtesis 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**

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	$0
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 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 está cubierto por este beneficio y el miembro deberá abonar el costo compartido de dichos servicios por separado.	No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen físico de rutina.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 (incluyendo 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.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes al año y actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, quienes reciben una orden médica 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 es brindada por un médico o profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección inicial con LDCT:* los miembros deben recibir una orden médica 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.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección para la infección viral de Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de Hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de salud calificado ordena una y cumple con alguna de estas condiciones: • Usted tiene un alto riesgo porque utiliza o ha utilizado medicamentos ilícitos inyectables. • Tuvo una transfusión sanguínea antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de cribado una sola vez. Si usted tiene alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado utilizando medicamentos ilícitos inyectables desde su última prueba de detección negativa de hepatitis C), cubrimos pruebas de cribado anuales.	No hay coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la Hepatitis C cubierta 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 sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad cada año, de hasta 2 personas con una duración de entre 20 y 30 minutos, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las proporciona un proveedor de cuidado primario y tienen lugar en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • 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 6 sesiones en total de servicios de educación sobre la insuficiencia renal • Tratamientos ambulatorios de diálisis (incluyendo 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 temporalmente). • Tratamientos de diálisis en régimen de hospitalización (si está hospitalizado para recibir cuidados especiales). • Formación en la diálisis en casa (incluyendo 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, ayudarle en caso de emergencia y comprobar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Para información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte en este cuadro el apartado **Medicamentos de la Parte B de Medicare**.	$0

Cuidados en Skilled Nursing Facility (SNF, centro de enfermería especializada)	$0
(Para conocer la definición de centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).	El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Los servicios cubiertos incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o privada si es necesario por motivos médicos) • Comidas, incluyendo las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidados (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre – incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza con solo 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	El período de beneficios finaliza cuando no ha estado en un SNF durante 60 días seguidos. No se requiere hospitalización previa No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales **ES POSIBLE QUE SE APLIQUEN NORMAS DE AUTORIZACIÓN**
Por regla general, recibirá los cuidados del SNF en centros de la red. Bajo ciertas circunstancias que se indican a continuación, usted puede pagar el costo compartido aplicable en la red por un centro que no está en la red de proveedores, siempre que dicho centro acepte los importes de pago de nuestro plan.	

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• 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) El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente si se presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante la terapia. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año por paciente).	No hay coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga

Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Beneficios Adicionales Especiales para los Enfermos Crónicos)
 	
Para calificar para el beneficio de SSBCI y ser considerado como un miembro con una enfermedad crónica, debe cumplir con los siguientes requisitos:
 	
• Ser diagnosticado con una o ambas de las siguientes enfermedades crónicas:
  ○ Falla cardiaca crónica
  ○ Diabetes mellitus
• Presentar un alto riesgo de hospitalización u otro resultado adverso para la salud, y
• Requerir coordinación de cuidados intensivos
 	
Los afiliados elegibles tienen un beneficio de $50 por mes para alimentos y productos saludables a través de su CareOregon Advantage CareCard.
 	
Los fondos que no hayan sido utilizados, no se transferirán de un mes a otro.
 	
Consulte **CareOregon Advantage CareCard** para más información.
	$0
	
	Los beneficios mencionados son parte de un programa especial adicional para los enfermos crónicos. Los miembros deben ser diagnosticados con diabetes mellitus o falla cardiaca crónica y cumplir ciertos requisitos. No todos los afiliados califican.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Supervised Exercise Therapy (SET, Kinesioterapia Supervisada) La SET está cubierta para los miembros que padecen Peripheral Artery Disease (PAD, arteriopatía periférica) sintomática y reciben 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 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.	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia, es un servicio que se necesita con urgencia, ya sea que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si en virtud de su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo se le cobrará el costo compartido dentro de la red. 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 aun y cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesitan con urgencia y cualquier otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga

Cuidado de la vista
Los servicios cubiertos incluyen:
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo 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, cubrimos 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.
• 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 2 operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y adquirir 2 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
	Estándar:
	$0
	Suplementario:
	• Copago de $0 por examen oftalmológico suplementario de rutina;
	• Asignación de $175 para monturas; o
	• $100 para lentes de contacto

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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 (incluyendo 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 consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare.*

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de CareOregon Advantage Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por CareOregon Advantage Plus, pero están disponibles a través de Medicaid:

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura En adición a 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.	$0 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN** - el límite de visitas por año depende del diagnóstico.
Planificación familiar, control de la natalidad, esterilización y maternidad 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.	$0

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Atención para afirmación de género 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 directrices del Oregon Health Plan (OHP) y se deben cumplir ciertos requisitos para recibir los servicios.	$0
Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud Las Necesidades Sociales Relacionadas con la Salud (HRSN) incluyen aspectos como: • Tener suficiente comida • Transportación • Acceso a servicios públicos como agua y electricidad. Contacte a su CCO u organización de atención médica administrada de Medicaid para saber qué tipo de asistencia se ofrece y a cuál puede usted tener derecho. HSO: https://www.healthshareoregon.org/community-partners/hrsn CPCCO: https://colpachealth.org/members/more-services/social-needs-assistance JCC: https://jacksoncareconnect.org/members/more-services/social-needs-assistance	$0
Suministros para la incontinencia Los suministros para incontinencia (pañales para adultos, calzoncillos desechables, cubrecamas, guantes) están cubiertos a través de los proveedores de Equipos Médicos Duraderos.	$0
Programa de entrega de comidas (solo para después de ser dado de alta)	$0 Se requiere remisión

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
La entrega de comidas a su domicilio después de ser dado de alta está cubierta hasta por 14 días de comidas (un máximo de 28 comidas, o dos comidas al día). Solo está disponible para miembros cuyos beneficios de Medicaid son gestionados por CareOregon.	
Medicamentos sin receta 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.	$0
Exámenes auditivos de rutina, aparatos auditivos y baterías Los miembros 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 miembros 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.	$0
Pelucas Precio máximo de $150 por 1 peluca. Debe tener un diagnóstico de pérdida del cabello debido a quimioterapias o radioterapias.	$0 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN**
Yoga 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.	$0 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN**

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le indica cuáles servicios están excluidos por Medicare.

El siguiente cuadro lista los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna circunstancia, o que están cubiertos por nuestro plan 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 el servicio y se decide: que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para información acerca de cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	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
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
Cuidados asistenciales Cuidados asistenciales son 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 están cubiertos bajo ninguna circunstancia

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo en condiciones específicas
Equipos, medicamentos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquéllos 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 más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3)
Honorarios que cobran sus familiares directos o miembros de su familia por los cuidados prestados	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su vivienda	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Cuidados odontológicos no rutinarios	Los cuidados odontológicos necesarios para tratar una enfermedad o lesión pueden estar cubiertos en régimen de hospitalización o ambulatorio
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo de ésta. 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 están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea necesario por motivos médicos

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo en condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para baja visión	Están cubiertos un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante un lente intraocular.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Cuidados quiroprácticos de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia

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

¿ Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda AdicionalExtra Help con el costo de sus medicamentos de la Parte D?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted tiene derecho y recibe Extra Help de Medicare para sufragar los costos de su plan de medicamentos con receta. En virtud de que está en el programa de Extra Help, 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 Quienes Reciben Extra Help para Pagar 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712 3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contraportada de este documento).

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

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de los medicamentos de la Parte B de Medicare y de los medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos bajo los beneficios de su Medicaid. Póngase en contacto con su Coordinated Care Organization (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, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga las normas que se mencionan a continuación:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le expida una receta que sea 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 en este capítulo. 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 de nuestro plan (Consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Food and Drug Administration (FDA, 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 de nuestro plan antes de que estemos de acuerdo en cubrirlo, con base en ciertos criterios. (Consulte el apartado 4 para más información).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web (careoregonadvantage.org/pharmacy) y/o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, reciba ayuda de Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711)

o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/pharmacy.

Farmacias especializadas

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 dificultad para conseguir sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).
- 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 casos 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* careoregonadvantage.org/providersearch o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos 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 del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para saber si desea que se le surta inmediatamente o más adelante. Es importante responder 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, empezamos 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 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 2.3 Cómo conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos

Nuestro 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 usted toma 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* careoregonadvantage.org/pharmacy le indica cuáles farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.

También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para 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 2.4 Utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos dispensados en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Además disponemos de farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicio de Atención al Cliente** al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos las recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red solo en los siguientes casos:

- 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 es uno que se encuentre 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.

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) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para información sobre cómo solicitar a nuestro plan el pago del reembolso). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

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

La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos bajo sus beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid). Póngase en contacto con su CCO o con Oregon Health Plan si no está en una CCO, para conocer más acerca de 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, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro 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, *ya sea*:

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

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas 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 tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta sin receta. Algunos de estos medicamentos son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). Si sus beneficios de Medicaid no están cubiertos por CareOregon, por favor contacte a su Coordinated Care Organization (CCO) o al 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, éste puede estar cubierto con los fondos de su CareOregon Advantage CareCard. Si desea más información sobre CareCard, consulte el Capítulo 4, 2.1, o comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Medicamentos que no están 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).

Nuestro 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, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento específico en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figure en nuestra Lista de Medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9.)

Sección 3.2 Seis niveles de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

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

- El **Nivel 1** incluye **Medicamentos Genéricos Preferidos (el nivel más bajo)**
- El **Nivel 2** incluye **Medicamentos Genéricos y Excluidos de la Parte D**
- El **Nivel 3** incluye **Medicamentos Preferidos de Marca**
- El **Nivel 4** incluye **Medicamentos No Preferidos (el nivel más alto)**
- El **Nivel 5** incluye **Medicamentos Especializados**
- El **Nivel 6** incluye **Medicamentos Selectos**

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

En el Capítulo 6 se indica el importe que paga por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos.

Sección 3.3 Cómo encontrar un medicamento específico en la Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Visite el sitio web de nuestro plan (careoregonadvantage.org/druglist). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para averiguar si un medicamento específico se encuentra en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o solicite una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

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 nuestro 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 de nuestro plan están diseñadas para exhortar 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 2 al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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 Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para saber qué pueden 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 hacer 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 de nuestro 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/druglist.

Probar primero con otro medicamento

Este requisito le exhorta a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces, antes de que nuestro 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, nuestro plan puede solicitarle 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**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/druglist.

Límites de cantidad

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 puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted quisiera

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

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O puede estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no así la versión de marca que usted quiere tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí tiene algunas opciones de lo que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o que elimine sus restricciones.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro 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 tome **ya no debe figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan** O **ahora 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 a nuestro plan**.**
- **Si estuvo inscrito en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **30 días** del año de calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 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 30 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 una farmacia de cuidados a largo plazo puede suministrar cada vez el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar que se desperdicie).

- **Para miembros quienes han estado más de 108 días en nuestro plan y viven 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 específico, o menos si su receta es para menos días. Esto es en adición al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

Durante el tiempo que esté utilizando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Hable con su médico para saber si otro medicamento cubierto por nuestro plan puede funcionarle igual de bien. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan hacer una excepción y cubrir el medicamento de la forma que usted quisiera. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no figure en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. O puede pedir a nuestro plan hacer una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que toma va a ser retirado del formulario o será restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año próximo 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 expide la receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos cobertura para el medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber cómo hacerlo. Se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite con prontitud y equidad.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el 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, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro 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 de nuestro plan.

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. En ocasiones usted recibirá una notificación directa si se introducen cambios en un medicamento que toma.

Cambios a la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Adicionar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar <u>inmediatamente</u> un medicamento similar de 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 agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o adicionamos 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 toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si toma 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 a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
    - 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 será con las mismas restricciones o menos.
    - Únicamente realizaremos estos cambios si adicionamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o 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 tome.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que tome, 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 solicite 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 le será aplicable 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 toma (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 medicamentos que toma que le afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si usted presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no debiera estar 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 excepción de ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada.

A continuación, se mencionan 3 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 los 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 FDA.

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 por los que el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de seguimiento se compren solo al fabricante como condición para la venta.

Si recibe Extra Help de Medicare para pagar sus recetas, el programa Extra Help 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 de 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

Para surtir su receta, brinde los datos de membresía de nuestro plan (que figuran en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que elija. Es posible que también tenga que mostrar su tarjeta de Medicaid para medicamentos cubiertos por Medicaid.

La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del importe cuando recoja el medicamento.

Si no tiene los datos de su membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su membresía en nuestro 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. Consulte la Sección 2 del capítulo 7 para información acerca de cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 Ingreso en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro 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, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que éstos cumplan todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente 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 es residente de 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* careoregonadvantage.org/pharmacy para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que éste utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). 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.

Si es un residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de alguna forma, consulte la Sección 5 para información acerca de cómo recibir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si usted también recibe cobertura de medicamentos del trabajo o de un plan grupal para jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos 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.** Le pueden ayudar a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos 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 paga primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año, su trabajo o grupo de jubilados debe enviarle una notificación en la que le indique si su cobertura de medicamentos para el siguiente año de calendario es válida.

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

Conserve cualesquiera avisos sobre la cobertura válida porque podría necesitar dichos avisos más adelante para demostrar que usted mantuvo una cobertura válida. Si no recibió un 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 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

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para asegurar que nuestros miembros 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 toma otro similar 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 toma
- Dosis peligrosas de analgésicos opiáceos

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

Sección 10.1 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a tomar de forma segura 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 o benzodiacepínicos que le cubrimos.

Si tenemos previsto limitar la forma en que obtiene 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 le 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 10.2 Medication Therapy Management (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar medicamentos

Tenemos programas que pueden 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 tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad especifica de gastos en medicamentos, o están en un DMP para ayudarles 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. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela 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. Para preguntas acerca de estos programas, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Cuánto paga por medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Cuánto paga por medicamentos de la Parte D

En este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. 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 o por 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 el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utilice la “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (*https://www.healthsafe id.com/rt/login/orx*), el costo que vea refleja 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios TTY llamar al 711)

¿Cómo puede obtener información acerca de los costos de sus medicamentos si está Recibiendo Extra Help con los costos de la prescripción de sus medicamentos de la Parte D?

Ya que usted es elegible para Medicaid, usted califica para obtener Extra Help de Medicare para pagar los costos de su plan de prescripción de medicamentos. Toda vez que cuenta con Extra Help, **cierta información en esta** *Evidencia de Cobertura* **acerca de los costos de la prescripción de los medicamentos de la Parte D podría no ser aplicable para usted.** Le hemos enviado un anexo por separado llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos con Receta*) (también conocido como *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS [LIS, Subvención para Personas de Bajos Ingresos]*), que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no recibió este documento, llame a Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y pregunte por el anexo LIS.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen 3 distintos tipos de gastos de bolsillo para medicamentos cubiertos de la Parte D 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 nos 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 1.2 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 <u>están incluidos</u> 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 de calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan
- Cualquier pago de sus medicamentos que realiza un familiar o amigo
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por su Extra Help de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasar a la Etapa de Gastos Médicos Mayores:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de $2,100 en gastos de bolsillo dentro del año de calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Gastos Médicos Mayores.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos 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 Drug Plan (Plan de Medicamentos de Medicare)
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

Seguimiento a sus gastos de bolsillo totales

- La *Part D Explanation of Benefits* (EOB, Explicación de Beneficios de la Parte D) que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando el importe alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Gastos Médicos Mayores.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para asegurar que nuestros registros estén completos y actualizados de lo que usted gastó.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de CareOregon Advantage Plus

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo CareOregon Advantage Plus. La cantidad que usted debe pagar por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se explican en 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 Su Descripción de Beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra usted

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted efectúa cuando provee sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Registramos 2 tipos de costos:

- **Gastos de Bolsillo**: Esto es cuánto pagó usted. Ello incluye lo que 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 Extra Help de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, Indian Health Service, 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).
- **Costo Total de Medicamentos**: Este es el total de los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Ello incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona detalles de pago de recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.

- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto 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 muestra el precio total del medicamento, así como información sobre los cambios de precios desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada solicitud de receta, de ser aplicable.

Sección 3.1 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.** Esto ayuda a asegurar que estemos 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. **Ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos**:
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilice una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando efectúe un copago por medicamentos suministrados en el marco de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Todas las veces que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague 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 hacen por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también se toman 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 esté completa y es correcta. Si considera que falta algo o tiene alguna duda, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben Extra Help para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa de Deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Extra Help no se le aplica esta etapa de pago.

Consulte el anexo por separado (*LIS*) para tener más información sobre la cantidad de su deducible.

Si no recibe Extra Help, la Etapa del Deducible es la primera fase de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primer receta del año. Mientras se encuentre en esta fase de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de $615 para 2026. El deducible no aplica para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluyendo vacunas contra herpes, tétanos y para viajar. Pagará un deducible anual de $615 en medicamentos de Nivel 1-5. **Deberá pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 1-5** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan. Por los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** generalmente es menor que el costo normal total del medicamento, ya que nuestro plan negoció precios más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder del precio máximo justo más los honorarios de dispensación para los medicamentos con precios negociados bajo el Medicare Drug Price Negotiation Program (Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare).

Una vez que pague $615 por su nivel 1-5 de medicamentos, deja de estar en la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (su copago o el importe de coaseguro). Su parte del costo variará en función del medicamento y del lugar donde le surtan la receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1** incluye **Medicamentos Genéricos Preferidos (el nivel más bajo).**
- **Nivel 2** incluye **Medicamentos Genéricos y Excluidos de la Parte D.**
- **Nivel 3** incluye **Medicamentos Preferidos de Marca.**
- **Nivel 4** incluye **Medicamentos No Preferidos (el nivel más alto).**
- **Nivel 5** incluye **Medicamentos Especializados.**
- **Nivel 6** incluye **Medicamentos Selectos.** El deducible y los costos compartidos no es aplicable a los medicamentos del nivel 6.

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro 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* de nuestro plan **careoregonadvantage.org/pharmacy.**

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

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

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.

Sus costos para un suministro de *un mes* de un medicamento 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 31 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 Preferidos)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta			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 Genéricos y Excluidos de la Parte D)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta Para los Medicamentos Excluidos de la Parte D, usted paga: 25% de coaseguro por receta			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 31 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 Preferidos de Marca)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta			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 no Preferidos)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta			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 5 de costos compartidos (Medicamentos Especializados)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta			Se requiere la aprobación del plan.

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 31 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 6 de costos compartidos (Medicamentos Selectos)	Usted paga $0 por receta			El reembolso de nuestra parte del costo compartido se basa en las tarifas de las farmacias de la red.

Consulte la Sección 7 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 de suministro, es posible que no tenga que pagar el costo de todo el mes

Normalmente, el importe que paga por un medicamento 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, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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 usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por el número de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. Calculamos 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 Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta por 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

Sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta por 100 días) de un medicamento 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 Preferidos)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos Genéricos y Excluidos de la Parte D)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta Para los Medicamentos Excluidos de la Parte D, usted paga: 25% de coaseguro por receta	

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 3 de costos compartidos (Medicamentos Preferidos de Marca)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no Preferidos)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos Especializados)	Para medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos, usted paga: $0/$1.60/$5.10 por receta Para todos los demás medicamentos, usted paga: $0/$4.90/$12.65 por receta	
Nivel 6 de costos compartidos (Medicamentos Selectos)	Usted paga $0 por receta	

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los $2,100

Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance los $2,100. 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 de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se toman en cuenta en el total de sus gastos de bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $2,100 de gastos de bolsillo en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de Gastos Médicos Mayores

En la Etapa de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por la cobertura de medicamentos de la Parte D

Usted entra en la Etapa de Gastos Médicos Mayores cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año de calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Gastos Médicos Mayores, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año de calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio ampliado, usted paga el 25%.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por las vacunas - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno, aun y cuando usted no haya pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

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

Su costo de las vacunas de la Parte D depende de 3 factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, Comité Asesor 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. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que pague al momento de administrarle 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.

- Cuando lo vacunan, es posible que tenga 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 usted pagó.
- Otras veces, cuando lo vacunan, solo paga 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, usted no paga nada.

A continuación encontrará 3 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 la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí que incluye el costo de administrársela.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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 pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó. Por otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad pagada menos cualquier copago por la vacuna (incluyendo la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Extra Help, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna como tal.
- Por otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Usted puede entonces solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D se le reembolsará la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre lo que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Extra Help, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos el pago de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe solicitarnos pagar nuestro costo compartido por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos – usted no debe recibir ninguna factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si le emiten una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro 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 recibió o por un importe superior al de su costo compartido. 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.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitar a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor quien 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 a nuestro 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 realizados.
    - 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 efectuó.
        - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
        - Si usted ya pagó 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 a nuestro 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 usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó. Solicítenos el reembolso de los servicios cubiertos.
3. **Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan**

    A veces, la inscripción de una persona en nuestro 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. Usted requiere presentar documentación como recibos y facturas para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que ésta no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando eso ocurra, tiene 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. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber más acerca de 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 de nuestro plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan puede pedir en la farmacia que llamen a nuestro plan o que busquen en la información de membresías de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted mismo tenga que pagar 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 de nuestro 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 éste.
- 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 tomen 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 el servicio o medicamento debiera ser cubierto. Esto se llama tomar una **decisión sobre la cobertura**. Si decidimos que debemos cubrirlo, pagaremos por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

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

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. **Debe enviar su solicitud dentro de los 365 días** siguientes a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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 completar nuestro formulario de solicitud de pago.

- No es necesario que complete el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente. La información de importancia para incluir en su solicitud es:
  - Su información (nombre, dirección, número de miembro, fecha de nacimiento);
  - fecha del servicio;
  - información del proveedor (nombre, dirección y número de identificación fiscal);
  - comprobante de pago; y
  - una descripción de los servicios recibidos (códigos de procedimientos y códigos de diagnóstico).
- Descargue una copia del formulario de reembolso de nuestro sitio web (careoregonadvantage.org/rxinfo) o llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y solicite 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

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 usted ya pagó 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 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que cometimos 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.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y aspectos culturales

Sección 1.1 Debemos facilitarle la información de forma que le resulte útil y contemple los aspectos culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro 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 nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no están limitados a, 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 proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluyendo chino simplificado, chino tradicional, vietnamita, ruso, español y braille, en letra grande o en otros formatos alternativos de forma gratuita si lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios de nuestro 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

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 de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, nuestro 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 de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro 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 que sea accesible y adecuado para usted, consultar un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, 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.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы это было удобно для вас и соответствовало вашим культурным особенностям (не на английском языке, шрифтом Брайля, большими буквами или в других альтернативных форматах и т. п.)

Согласно нашему плану гарантированно предоставляются все услуги — как клинические, так и неклинические — в соответствии с культурными нормами, доступные для всех участников, включая тех, кто имеет ограниченные знания английского языка, низкие навыки чтения и проблемы со слухом, а также для людей различной культурной и этнической принадлежности. Примеры того, как наш план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, помимо прочего, предоставление услуг переводчика, услуги сурдоперевода, использование телетайпного аппарата или линии TTY (телефон с текстовой связью или телекоммуникационное устройство для глухих).

В рамках нашего плана мы предлагаем бесплатные услуги устного переводчика для ответов на вопросы от участников плана, не говорящих на английском языке. Если вам необходимо, мы также можем предоставить вам бесплатно материалы на других языках (не на английском), включая упрощенный китайский, традиционный китайский, вьетнамский, русский, испанский язык и шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставить вам информацию о льготах нашего плана в удобном и доступном для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном виде, позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или бесплатному номеру 888-712-3258 (для пользователей линии TTY номер 711).

Согласно нашему плану мы обязаны предоставить женщинам, зарегистрированным в программе, возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в сети плановых и профилактических медицинских услуг.

Если в сети нашего плана нет поставщиков услуг конкретной специализации, в обязанности нашего плана входит поиск нужных поставщиков услуг, которые предоставят вам необходимое медицинское обслуживание, вне сети. В таком случае вам нужно будет оплатить только стоимость совместного покрытия затрат в сети. Если окажется, что в сети

нашего плана нет специалистов, которые предоставляют необходимые вам услуги, позвоните в наш план, чтобы узнать, где можно получить требуемую услугу по стоимости совместного покрытия затрат в сети.

Если вам сложно получить в нашем плане информацию в удобном и доступном для вас формате, чтобы попасть на прием к специалисту по женскому здоровью или найти специалиста в сети, позвоните, чтобы подать жалобу, в отдел обслуживания клиентов по номеру 503-416-4279 или бесплатному номеру 888-712-3258. Звоните с 1 октября по 31 марта в любой день недели с 8:00 до 20:00. Подать жалобу можно также в Medicare, позвонив по номеру 800-MEDICARE (800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights 800-368-1019) либо по номеру линии TTY

800-537-7697.

第 1.1 节 我们必须以适合您的方式提供信息，并且符合您的文化敏感性（包括英语以外的语言、盲文、大字版或其他替代格式等）。

本计划必须确保所有临床和非临床服务都以文化适切的方式提供，并让所有参保人都能够获得服务，包括英语能力有限人士、阅读能力有限人士、听障人士或具有不同文化和族裔背景的人士。本计划满足这些无障碍需求的方式包括但不限于：提供笔译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文字电话或电传打字机电话）连接服务。

本计划提供免费口译服务，以帮助回答非英语母语会员的问题。如果您有需要，我们也能免费提供英语以外的语言资料，包括简体中文、繁体中文、越南语、俄语、西班牙语以及盲文、大字版或其他替代格式。我们必须以方便且适合于您的格式提供本计划福利的相关信息。若要以适合您的方式从我们这里取得信息，请致电客户服务部：503-416-4279 或免费电话 888-712-3258（TTY 使用者请致电 711）。

本计划必须让女性参保人能够选择直接获得网络内妇科医生提供的妇科常规和预防性医疗保健服务。

若本计划网络内没有某专科的医疗服务提供者可提供服务，本计划有责任寻找网络外的专科服务提供者来为您提供必要的医疗护理。在此情况下，您只需支付网络内的分摊费用。若您发现本计划网络内没有涵盖您所需服务的专科医生，请致电联系本计划，以获知在何处可以按网络内分摊费用标准获得此服务。

如果您在以下方面遇到任何困难：以方便且适合于您的格式从本计划取得信息、到妇科医生处就诊或寻找网络专科医生，请致电客户服务部提出申诉，电话：503-416-4279 或免费电话：888-712-3258.，服务时间为 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每周七天，上午 8:00 至晚上 8:00。您也可以致电 800-MEDICARE (800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接致电 Office for Civil Rights 800-368-1019 或 TTY 800-537-7697 提出投诉。

第 1.1 節 我們必須以適合您的方式提供資訊，並且符合您的文化敏感性（包括英語以外的語言、盲文、大字版或其他替代格式等）。

本計劃必須確保所有臨床和非臨床服務都以文化適切的方式提供，並讓所有參保人都能夠獲得服務，包括英語能力有限人士、閱讀能力有限人士、聽障人士或具有不同文化和族裔背景的人士。本計劃滿足這些無障礙需求的方式包括但不限於：提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連接服務。

本計劃提供免費口譯服務，以幫助回答非英語母語會員的問題。如果您有需要，我們也能免費提供英語以外的語言資料，包括簡體中文、繁體中文、越南語、俄語、西班牙語以及盲文、大字版或其他替代格式。我們必須以方便且適合於您的格式提供本計劃福利的相關資訊。若要以適合您的方式從我們這裡取得資訊，請致電客戶服務部：503-416-4279 或免費電話 888-712-3258（TTY 使用者請致電 711）。

本計劃必須讓女性參保人能夠選擇直接獲得網絡內婦科醫生提供的婦科常規和預防性醫療保健服務。

若本計劃網絡內沒有某專科的醫療服務提供者可提供服務，本計劃有責任尋找網絡外的專科服務提供者來為您提供必要的醫療護理。在此情況下，您只需支付網絡內的分攤費用。若您發現本計劃網絡內沒有涵蓋您所需服務的專科醫生，請致電聯絡本計劃，以獲知在何處可以按網絡內分攤費用標準獲得此服務。

如果您在以下方面遇到任何困難：以方便且適合於您的格式從本計劃取得資訊、到婦科醫生處就診或尋找網絡專科醫生，請致電客戶服務部提出申訴，電話：503-416-4279 或免費電話：888-712-3258.，服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。您也可以致電 800-MEDICARE (800-633-4227)向 Medicare 提出投訴或直接致電 Office for Civil Rights 800-368-1019 或 TTY 800-537-7697 提出投訴。

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và nhất quán với những đặc điểm nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh, chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được đối với toàn bộ người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và dân tộc đa dạng. Các ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở, việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy điện báo đánh chữ hoặc kết nối dịch vụ dành cho người khiếm thính (điện thoại văn bản hoặc điện thoại có máy điện báo đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch để giải đáp các thắc mắc từ những hội viên không nói Tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh bao gồm Tiếng Trung Giản Thể, Tiếng Trung Phồn Thể, Tiếng Việt, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha và chữ nổi braille, ở dạng chữ in cỡ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi trong chương trình của mình ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi cho ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279 hoặc số điện thoại miễn cước 888-712-3258 (người dùng dịch vụ dành cho người khiếm thính xin hãy gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh nữ quyền lựa chọn tiếp cận trực tiếp với bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thường quy và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu không có nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình, chương trình của chúng tôi có trách nhiệm tìm nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp phải tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình chúng tôi đài thọ cho một dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình của chúng tôi để biết thông tin về nơi cung cấp dịch vụ này với phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, khi thăm khám với bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ hoặc khi tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi để gửi phàn nàn cho ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số 503-416-4279, hoặc số điện thoại miễn cước 888-712-3258. Chúng tôi làm việc từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị cũng có thể gửi than phiền cho Medicare bằng cách gọi 800-MEDICARE (800-633-4227) hoặc trực tiếp cho Office for Civil Rights 800-368-1019 hoặc dịch vụ dành cho người khiếm thính 800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurar que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red de nuestro 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 de nuestro 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 informa acerca de estos derechos y 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 comparte información que permita identificar su persona de forma exclusiva.

Puede ver la información de su historia clínica y saber cómo ha sido compartida con otros

Tiene derecho a consultar su historia clínica en poder de nuestro plan 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

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 acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras de nuestro 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 de la Parte D.
- **Información acerca de 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 Tiene derecho a conocer acerca de sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca de su atención

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 sus 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.
- **El derecho de 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. 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 acerca de lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

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:

- Completar 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**. Documentos como el **testamento vital** y **poder notarial para el cuidado de la salud** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer un directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consiga un 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para solicitarlos.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar de dónde obtiene este formulario, es un documento legal. Considere que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correctas.** Entregue 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 firmó un documento de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital**.

- El hospital preguntará si usted firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no firmó una directiva anticipada, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Completar un formulario de directiva anticipada es su decisión (incluyendo si quiere firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle asistencia ni discriminarle si firmó o no un documento de directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma un documento de directivas anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la Oregon Medical Board llamando al 971-673-2700, o a la línea gratuita 877-254-6263, o escribiendo a la siguiente dirección:

Oregon Board of Medical Examiners
1500 SW First Avenue, Suite 620
Portland, OR 97201

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitar que reconsideremos las decisiones que tomamos

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 Si considera que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no están siendo respetados

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) al 800-368-1019 (Usuarios de TTY llamar al 800-537-7697), o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si considera que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no se han respetado, *y no* es un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema en los siguientes lugares:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711)**.
- **Llame a su SHIP local**. Para más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Llame a Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227) (Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Obtenga más información acerca de sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 800-722-4134
- **Contacte a Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) (Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se mencionan las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

- **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 servicios médicos.
  - En los capítulos 5 y 6, encontrará información detallada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si además de nuestro plan tiene otra cobertura médica o de medicamentos, 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 la tarjeta de miembro de nuestro plan y su tarjeta de Medicaid siempre que reciba atención médica o medicamentos 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 esté tomando, incluyendo los de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene dudas, pregunte y cerciórese de recibir una respuesta que comprenda.
- **Sea respetuoso.** Esperamos que 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 de nuestro plan.
  - Por la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro 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 de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o al Railroad Retirement Board).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 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 2 cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si utiliza el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).
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 reclamacións).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos cumplir.

La información en este capítulo le será de utilidad para identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 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. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en vez de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda 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. Siempre debe llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) para ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera ayuda u orientación de alguien quien no esté relacionado con nosotros. Las 2 organizaciones que pueden ayudarle son:

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 preguntas, darle más información y brindar 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

También puede contactar a Medicare para ayuda.

- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048.
- Visite 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 Qué proceso utilizar para resolver su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, dispone de diferentes procesos que puede utilizar para gestionar su problema o queja. Para decidir qué proceso utilizar depende 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, utilice 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, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

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?

Mi problema se refiere a los beneficios de **Medicare**.

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

Mi problema se refiere a la cobertura de **Medicaid.**

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

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿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 de la Parte B) está cubierta o no, de qué forma está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, llamamos **atención médica** a los artículos y servicios médicos y a los medicamentos 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 que usted reciba servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. 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 de nuestro 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 usted o su médico de la red puedan demostrar que usted obtuvo 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 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 ya no se cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, 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 completemos 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.
- Consulte la **Sección 6.4** para más información sobre las apelaciones de atención médica de Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de otros niveles de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga 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:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** del State Health Insurance Assistance Program
- **Su médico puede solicitarla por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, necesita ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web **careoregonadvantage.org/member-resources.**)

  - 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 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.** 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) y solicite el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web **careoregonadvantage.org/member-resources.**). Este 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.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de 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. Existen 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 5.2 Normas y plazos para situaciones diferentes

Existen 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Le proporcionamos los detalles de cada de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos cubrir una hospitalización más larga si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos seguir cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando 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 sobre qué información le es aplicable, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). También puede obtener ayuda de su SHIP.

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

Sección 6.1 Qué debe hacer si tiene problemas para que le cubramos la atención médica o si quiere que le reembolsemos el importe de ésta

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en el Cuadro de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y usted considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere proporcionarle, y usted considera que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que nuestro plan debe cubrir, pero le dijimos que no pagaremos dicha atención. **Inicie una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó una atención médica que considera que nuestro plan debe cubrir, y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el importe de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Le comunicaron que se va a reducir o suspender la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que previamente aprobamos, y usted considera 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)**, consulte las secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de cuidados.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos Legales:

Una decisión de cobertura que involucra a su atención médica se denomina una **determinación de la organización.**

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

Primer paso: 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 7 días naturales cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días naturales para todos los demás artículos o servicios, 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. Usted *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 para recuperar sus funciones.

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:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar
- Explique que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, se la daremos automáticamente.

- Explique 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.

Segundo paso: 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.

Tercer paso: 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 dentro de los 7 días naturales siguientes a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud. Si su solicitud se refiere a un medicamento de la Parte B, 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 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 de la Parte B.
- Si considera 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 de la Parte B, 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 naturales 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 de la Parte B.
- Si considera que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para información sobre quejas). Le 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.

Cuarto paso: 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales:

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

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

Primer paso: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 días naturales o de 7 días naturales 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, usted y/o su médico tienen 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 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 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, y es posible que contactemos a usted o a 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 de la Parte B.

  - 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 solicitó,** 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 solicitó,** 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 de la Parte B que aún no recibió, 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 de la Parte B.
  - 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).
  - 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 solicitó,** 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 de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término Legal:

El nombre formal 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.

Primer paso: 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 acerca de su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente 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 de la Parte B.

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 de revisión independiente 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 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 de la Parte B.

Segundo paso: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su 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 que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas,** tenemos **un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente 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 que:
  - Explique su decisión.
  - Le haga saber acerca 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.

- Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Tercer paso: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay 3 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. La Sección 10 explica los procedimientos para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos está solicitando el reembolso de una factura que recibió 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 pague usted la factura.** 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 las normas para utilizar su cobertura para recibir atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago del costo normalmente en un plazo de 30 días naturales, pero no mayor a 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* siguió 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 de la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Si está pidiendo que le reembolsemos la atención médica que usted ya recibió y pagó, 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 Medicamentos 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. (Consulte el Capítulo 5 para más información acerca de una indicación médicamente aceptada). 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:

Una decisión inicial acerca de 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 de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar que no se aplique una restricción en la cobertura de nuestro 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 tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección le indicamos cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos Legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario.**

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario.**

Solicitar una disminución del precio un medicamento cubierto no preferido es 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 2 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.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido correspondiente a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción respecto a la cantidad del costo compartido que le requerimos pagar por el medicamento.
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 está solicitando una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro prescriptor cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos normalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción, si un medicamento alternativo fuese tan efectivo como el que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, la aprobación suele tener validez hasta que finalice el año de nuestro 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 presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluyendo una excepción

Término Legal

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

Primer paso: 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 2 requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no recibe. (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:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que si su médico u otro prescriptor solicita la decisión rápida sobre la cobertura, se la daremos automáticamente.
    - Le indique 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 solicitar 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) en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web **careoregonadvantage.org/appealform.** En el Capítulo 2 encontrará la información de

contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamación rechazado que está apelando.

Usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante lo pueden hacer. 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 está solicitando 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.

Tercer paso: 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 solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura que acordamos 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 solicitó,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura para un medicamento que aún no recibe

- 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 solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos 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 solicitó,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué dijimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura para el pago de un medicamento que usted ya compró

- 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 solicitó,** 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 solicitó,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué dijimos 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos Legales

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

Primer paso: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si es necesario por motivos de salud, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no recibe, 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 7.4 de este capítulo.

Segundo paso: 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**, incluyendo una solicitud presentada en el *CMS Model Coverage Redetermination Request Form* (Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS), que está disponible en nuestro sitio web careoregonadvantage.org/rxinfo. Incluya su nombre, datos de contacto e información acerca de su reclamación para ayudarnos a procesar 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 revisemos 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 7.6 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** 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 solicitó,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para presentar una apelación estándar para un medicamento que aún no recibe

- 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 recibe 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 7.6 se explica el procedimiento de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** 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 solicitó,** le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos por qué hemos dicho que no cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días 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 solicitó,** 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 solicitó,** 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 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 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.

Primer paso: 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 de revisión independiente.
- **Debe realizar su solicitud de apelación dentro de los 65 días naturales** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación **de riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización de revisión independiente. 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 acerca de 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 de revisión independiente 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 de revisión independiente 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 ésta se refiere a un medicamento que aún no recibe. Si solicita que le reembolsemos el importe de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su

apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.

Tercer paso: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

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 independiente **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **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 independiente.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente 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 que:

- Explique la decisión.
- Le haga saber acerca de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Le indique el valor en dólares que debe estar en litigio para continuar con el proceso de apelación.

Cuarto paso: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay 3 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 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos cubrir una hospitalización más larga si considera que está siendo dado de 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. Le ayudarán a organizar los cuidados que pueda necesitar tras su marcha.

- El día que abandone 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 considera que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y su petición se tomará en cuenta.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará acerca de sus derechos

En los siguientes 2 días naturales 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 al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o al 800-MEDICARE (800-633-4227) (Usuarios de TTY llamar al 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 considera que está siendo dado de 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 recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien quien actúe en su nombre deberá firmar la notificación.
   - Firmar la notificación *solo* indica que recibió la información acerca de 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. **Conserve 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 2 días naturales antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que sea programado para ser dado de alta.
   - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o al 800 MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos cubrir los servicios de hospitalización durante más tiempo, utilice 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, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). O llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para ayuda personalizada. La SHIP de Oregon es SHIBA. Puede contactarlos al 800-722-4134 (Usuarios de TTY llamar al 711). La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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, contáctenos.** Si 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 al que seamos contactados 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 un modelo de la **Notificación Detallada de Alta** llamando al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) o al 800-MEDICARE (800-633-4227). (Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048). O puede obtener un modelo del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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 nosotros y el hospital les proporcionamos.
- 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 independiente 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 independiente 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 independiente *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.

Cuarto paso: 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 dijo *no* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que está pasando al **Nivel 2** del procedimiento de apelación.

Sección 8.3 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 independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió 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 independiente 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 quiere continuar con el proceso de revisión.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, tiene que decidir si quiere seguir adelante con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 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 seguir cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Cuando esté recibiendo **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 estos 3 tipos de asistencia, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice la cobertura de esa asistencia, *dejaremos de pagarla.*

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 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 2 días naturales 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 recibió.** La firma del aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 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, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). O llame al State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para ayuda personalizada. La SHIP de Oregon es SHIBA. Puede contactarlos al 800-722-4134 (Usuarios de TTY llamar al 711). La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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. 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: 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 recibió *(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 y usted quiere presentar una apelación, todavía tiene derechos de apelación. Contacte a la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto del Aviso de No Cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Segundo paso: 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 independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- 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.

Tercer paso: 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 el servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**

- 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 indiquemos.**
- 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, **usted tendrá que pagar 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 9.3 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 naturales** 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.

Tercer paso: En un plazo de 14 días naturales 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 independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió 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 independiente 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 quiere 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.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, un total de 5 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 a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser de utilidad para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que apeló 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 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los 2 primeros niveles. 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 que recibamos 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 la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no quiere 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 después de que recibamos 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 quiere 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 ser de utilidad para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló 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 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy parecida a los primeros 2 niveles. 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 el juez administrativo o el abogado mediador dicen no a 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 quiere 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 que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo niega la solicitud de revisión, 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 quiere 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 al Nivel 5 de apelación y cómo continuar una apelación en ese Nivel.

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.

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio de atención 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 acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención 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 recibió (incluyendo 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 nuestro plan?
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 de nuestro 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?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas son acerca de la *puntualidad* de nuestras actuaciones en relación con las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentado una apelación y considera 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 dijimos que no: puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos los plazos de las decisiones sobre la cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales

- Una **queja** también se denomina **reclamación.**
- **Presentar una queja** también se denomina **presentar una reclamación.**
- **Utilizar el proceso de quejas** también se denomina **utilizar el proceso de presentar una reclamación.**
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamación acelerada.**

Primer paso: Contáctenos rápidamente, por teléfono o por escrito.

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) es normalmente el primer paso.** 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.

- Una reclamación (queja) puede presentarse de forma verbal o escrita al Servicio de Atención al Cliente.
- Las quejas pueden ser presentadas directamente por usted, como miembro, o por una persona a la que haya autorizado para que le represente.
- La queja es revisada por un Coordinador de Reclamaciones quien enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de cinco días hábiles.
- 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.

Segundo paso: 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 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, tiene 2 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 11.4 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/my/medicare-complaint. También puede llamar al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD llamar al 877-486-2048.

Problemas acerca de sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus 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**

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 consideren 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). 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/oha**

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, Usuarios de TTY llamar al 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 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:
Finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 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 decide que *quiere* irse. En las secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo darse de baja voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que 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, éste 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 eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año.

- 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 y recibe Extra Help, 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 de Medicare, ya no recibe Extra Help y se queda sin cobertura de medicamentos 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.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid al 800-273-0557 para conocer sus opciones de plan de Medicaid.
- Existen otras opciones disponibles de planes de salud de Medicare durante el **Período de Inscripción Abierta**. En la Sección 2.2 se proporciona más información sobre el Período de Inscripción Abierta.

- **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 Abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o 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.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
  - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe Extra Help 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 de Medicare, ya no recibe Extra Help y se queda sin cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta** de **Medicare Advantage** cada año.

- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es 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 de Medicare Advantage** puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Darse de baja de nuestro plan y recibir cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en otro plan de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.

- **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 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 nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov .

- Normalmente, cuando se muda
- Si usted tiene Oregon Health Plan (Medicaid)
- Si usted es elegible para recibir Extra Help para pagar su cobertura de medicamentos 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 solo sea elegible para ciertos Períodos de Inscripción Especial. 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 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY llamar al 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 de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de 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 de Medicare, ya no recibe Extra Help y se queda sin cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Extra Help de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.
Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente al que solicite cambiar nuestro 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 Extra Help.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas acerca de cómo finalizar su membresía, usted puede:

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711)**

- Encontrar información en el manual ***Medicare & You (Medicare y usted) 2026***.
- Llamar a **Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227). (Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En el cuadro siguiente se explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de CareOregon Advantage Plus cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se le dará de baja automáticamente de CareOregon Advantage Plus cuando comience la cobertura de medicamentos de su nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud de baja por escrito**. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 800-MEDICARE (800-633-4227) y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja en CareOregon Advantage Plus cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Extra Help y se queda sin cobertura válida de medicamentos durante 63 días consecutivos o más, es posible

que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Oregon Health Plan (Medicaid), llame al Servicio de Atención al Cliente de Oregon Health Plan (Medicaid) al número gratuito 800-273-0557 (Usuarios de TTY al 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 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 es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareOregon Advantage Plus debe finalizar nuestro plan de membresía en determinadas situaciones

CareOregon Advantage Plus **debe finalizar su membresía en nuestro 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 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. Durante este tiempo, continuaremos cubriendo sus beneficios cubiertos por Medicare. Sin embargo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Oregon Health Plan (Medicaid), ni pagaremos las primas de Medicare o

los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que usted pague por los servicios cubiertos de Medicare puede incrementarse durante este periodo.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711) 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 los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que ofrezca cobertura de medicamentos.
- 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 tiene alguna pregunta o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros <u>no podemos</u> 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 considera que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227) (Usuarios de TTY llamar al 877-486-2048).

Sección 5.2 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 reclamación 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 (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

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, 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, llame al Servicio de Atención al Cliente al 503-416-4279 o sin costo al 888-712-3258 (Usuarios de TTY llamar al 711). Si tiene alguna queja, como un problema de acceso en silla de ruedas, el Servicio a Miembros puede ayudarle.

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

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 recibió. 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: Un medicamento con receta que es 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. (véase "**Producto Biológico Original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (véase "**Biosimilar Intercambiable**").

Medicamento de Marca: Un medicamento con receta que es 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 $2,100 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido por los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado.

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 quienes padecen enfermedades crónicas graves.

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 reclamación**. El procedimiento de quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, Centro de servicios de rehabilitación a pacientes ambulatorios): 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.

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 son obtenidos servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los 3 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 6 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 nuestro 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 nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a nuestro 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 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.

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 nuestro 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.

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, Equipo Médico Durable): Determinado equipamiento médico que es solicitado por su médico 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 está solicitando; si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que le eximamos de la restricción de criterios; o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Extra Help (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 que está 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.

Reclamación: 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. Nuestro plan debe 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, Importe del Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos**):** 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.

Etapa de Cobertura Inicial: Es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año han alcanzado el umbral de los gastos de bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: Cuando usted es elegible 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 (I-SNP, Plan Institucional de Necesidades Especiales): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en determinados centros de atención a largo plazo (LTC). Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Institutional Equivalent SNPs (IE-SNPs, Plan de Necesidades Especiales Equivalente al Institucional), Hybrid Institutional SNPs (HI-SNPs, Plan de Necesidades Especiales Institucional Híbrido), and Facility-based Institutional SNPs (FI-SNPs, Plan de Necesidades Especiales Institucional Basado en Instalaciones).

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP, Plan de Necesidades Especiales Equivalente a Institución) - Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece una institución.

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 acerca de 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 nuestro plan.

Low Income Subsidy (LIS): Véase Extra Help.

Programa de Descuentos de Fabricantes: Un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Máximo Justo – El precio que Medicare negoció por un medicamento determinado.

Importe Máximo de Bolsillo: Lo máximo que paga de su bolsillo durante el año de calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los importes que pague por las primas de nuestro 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. Si usted es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo que cuente para el monto máximo de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. **(Nota:** Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): Un 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 FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) o respaldado por determinados libros de referencia, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information system.

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 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.

Programa de Medication Therapy Management (MTM, Manejo de la Terapia de Medicamentos) – Un programa de la Parte D de Medicare para personas con necesidades de salud complejas, ofrecido a quienes cumplen con ciertos requisitos o participen en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM normalmente incluyen una consulta con un farmacéutico o un provedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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.

Periodo de Inscripción Abierta – El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o pasar a Medicare Original.

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 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 2 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.

Umbral de Gastos de Bolsillo: Importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

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 de nuestro plan.

Parte C: Consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El 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 del plan 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 Extra Help, 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.

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 Benefit 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.

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana cuando es más probable que el medicamento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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 con base en criterios específicos. 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 y nuestros criterios se encuentran en nuestro sitio web.

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 un medicamento 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.

Remisión – Una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague por los servicios de un especialista.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen atención hospitalaria de rehabilitación, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – Un medicamento cubierto bajo la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

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). Nuestro plan debe darle de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro 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 viven 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 nuestro plan que requiere atención médica inmediata, que no es una emergencia, es un servicio que se necesita con urgencia, ya sea que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si en virtud de su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. 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 de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

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-251000050-A-SP-0922