



**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023**

## **Evidencia de Cobertura:**

### **Sus beneficios, sus servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados y de atención médica de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el número del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.**

Este plan, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), es ofrecido por MVP Health Plan, Inc. (cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa MVP Health Plan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa MVP DualAccess Complete [HMO D-SNP]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. (Este documento está disponible de forma gratuita en español).

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

## Índice

---

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

**Evidencia de Cobertura 2023****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: <i>Introducción como afiliado</i></b> .....	<b>7</b>
SECCIÓN 1    Introducción .....	8
SECCIÓN 2    ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?.....	10
SECCIÓN 3    Materiales importantes de membresía que recibirá .....	13
SECCIÓN 4    Sus costos mensuales para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) .....	15
SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual.....	19
SECCIÓN 6    Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....	19
SECCIÓN 7    Cómo funciona otro seguro con nuestro plan .....	20
<b>CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i></b> .....	<b>22</b>
SECCIÓN 1    Contactos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP).....	23
SECCIÓN 2    Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) .....	30
SECCIÓN 3    Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	32
SECCIÓN 4    Organización para la Mejora de la Calidad.....	33
SECCIÓN 5    Seguro Social.....	34
SECCIÓN 6    Medicaid .....	35
SECCIÓN 7    Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	38
SECCIÓN 8    Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria .....	40
<b>CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i></b> .....	<b>42</b>
SECCIÓN 1    Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado a nuestro plan .....	43

**Índice**

SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios .....	45
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre .....	50
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	53
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? .....	53
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención de la salud no médica" .....	56
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos .....	57
<b>CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted) .....</b>		<b>60</b>
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos .....	61
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará usted.....	62
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)?.....	129
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....	130
<b>CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....</b>		<b>136</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	137
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	138
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan .....	142
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos .....	145
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera? .....	147
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	150
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....	153

**Índice**

SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta .....	155
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....	155
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos .....	157
<b>CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D .....</b>		<b>160</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	161
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento .....	164
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	165
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.....	167
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte .....	168
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Período sin Cobertura .....	175
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos.....	175
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene .....	176
<b>CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos....</b>		<b>179</b>
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus medicamentos o servicios cubiertos .....	180
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido .....	183
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos .....	185
<b>CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades.....</b>		<b>186</b>
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como afiliado del plan .....	187
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....	195

<b>CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)</i></b> .....	<b>198</b>
SECCIÓN 1 Introducción .....	199
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	200
SECCIÓN 3 Comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan .....	201
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones .....	201
SECCIÓN 5 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones .....	202
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura .....	206
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	219
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estancia en un hospital para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto .....	232
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto .....	242
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y siguientes .....	250
SECCIÓN 11 Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....	254
<b>CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i></b> .....	<b>258</b>
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan.....	259
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?.....	259
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	264
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....	266
SECCIÓN 5 MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....	266
<b>CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i></b> .....	<b>269</b>
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable .....	270
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación .....	270

**Índice**

---

SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare .....	270
<b>CAPÍTULO 12:</b>	<b><i>Definiciones de palabras importantes</i></b> .....	<b>272</b>

# CAPÍTULO 1:

## *Introducción como afiliado*



**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de Necesidades Especiales)</b>
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un "Plan de Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su participación en los costos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Asistencia Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, de modo que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

**La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección al Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Sección 1.2 ¿De qué trata este documento de *Evidencia de Cobertura*?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta de Medicare y Medicaid. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como afiliado del plan y cómo presentar una reclamación si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo a revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su 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 su cobertura. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) Medicaid (el Departamento de Salud del Estado de Nueva York) debe aprobar MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare y Medicaid como afiliado de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan, y que Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

---

## SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Sus requisitos de elegibilidad</b>
--------------------	---------------------------------------

*Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre y cuando:*

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B
- --Y-- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio) No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella
- -- Y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos
- -- Y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación

### **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para acceder a todos los beneficios de Medicare y Medicaid.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces aún es elegible para la membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continuada considerada).

### Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado.
- **Beneficiario Específico de Medicare con Bajos Ingresos Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Usted también es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Usted es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado. Además, Medicaid puede cubrir parte de sus costos compartidos de Medicare por servicios médicos, según el programa Medicaid de su estado.

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

**Sección 2.3      Esta es el área de servicio del plan para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de **New York**: Albany, Columbia, Dutchess, Greene, Monroe, Orange, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Westchester.

Si planifica mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

**Sección 2.4      Ciudadano estadounidense o presencia legal en EE. UU.**

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado de este modo. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

### SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

#### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y le enviaremos una nueva tarjeta.

#### Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

### Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los afiliados del plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia en el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**.

### Sección 3.4 Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La llamamos la "Lista de Medicamentos" para abreviar. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).

La Lista de Medicamentos también le indica si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le brindamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros afiliados más utilizan. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)) o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

---

### SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de Beneficio Complementario Opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos (Sección 4.5)

<b>Sección 4.1</b>	<b>Prima del plan</b>
--------------------	-----------------------

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).

<b>Sección 4.2</b>	<b>Prima mensual de la Parte B de Medicare</b>
--------------------	--

#### **Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos afiliados deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B.

**Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.



**Capítulo 1 Introducción como afiliado****Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D**

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica siempre que mantenga su condición de doble elegible, pero si pierde su condición, puede incurrir en una LEP. Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D**. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Una "cobertura de medicamentos recetados acreditable" es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en MVP DualAccess Complete (HMO D SNP), le informaremos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

**No tendrá** que pagarla si:

- Recibe "Asistencia Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Aviso:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

- **Aviso:** Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos recetados acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

**Medicare determina la cantidad de la multa.** Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2022, esta cantidad promedio de la prima fue de \$33.37. Esta cantidad puede cambiar en 2023.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego la redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería el 14 % por \$33.37, lo que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la edad en Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podrían darle de baja por no pagar las primas de su plan.

### Sección 4.4 Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D,. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

---

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

---

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

**No.** No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el siguiente año, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si es elegible para el programa de "Asistencia Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Asistencia Adicional" durante el año. Si un afiliado califica para recibir "Asistencia Adicional" con sus costos de medicamentos con receta, el programa de "Asistencia Adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. Un afiliado que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa de "Asistencia Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

---

**SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan**

---

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

**Háganos saber acerca de estos cambios:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia.
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

---

## SECCIÓN 7      Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

---

### Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted con respecto a cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), Medicare establece reglas que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado "pagador secundario", solo paga si hay costos que no están cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no están cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o 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 miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
  - Si es menor de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de la familia aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro del automóvil)
- Beneficios para el pulmón negro
- Compensación de los trabajadores

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

# CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y recursos importantes*

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****SECCIÓN 1 Contactos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**

(cómo comunicarse con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP)

**Cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP**

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de afiliados, llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Estaremos felices de poder ayudarle.

<b>Método</b>	<b>Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
<b>FAX</b>	585-327-2298
<b>ESCRIBA A</b>	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center



**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

<b>Método</b>	<b>Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: Información de contacto</b>
	220 Alexander Street Rochester, NY 14607
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura y apelaciones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 220 Alexander Street Rochester, NY 14607</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a></p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una reclamación sobre su atención médica**

Puede presentar una reclamación sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una reclamación sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamación no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*).

<b>Método</b>	<b>Reclamaciones sobre la atención médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>MVP Health Care – Member Appeals Department PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Reclamaciones sobre la atención médica: Información de contacto</b>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una reclamación sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido**

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*) para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago de cobertura médica: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago de cobertura médica: Información de contacto</b>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>MVP Health Care PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a></p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Solicitud de pago para la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-494-8829 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
<b>TTY</b>	Marque 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
<b>ESCRIBA A</b>	CVS/Caremark PO Box 2110 Pittsburgh, PA 15230-2110
<b>SITIO WEB</b>	1-866-494-8829 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

**SECCIÓN 2****Medicare**

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Medicare</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de asistencia médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de Elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li> <li>• <b>Buscador de Planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li> </ul>



**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Medicare</b>
<b>SITIO WEB (continuación)</b>	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamación que tenga sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Informe a Medicare sobre su reclamación:</b> Puede presentar una reclamación sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus reclamaciones con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. </li> </ul> <p>Si no tiene una computadora, es posible que su biblioteca local o centro para personas mayores pueda ayudarle a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

---

### **SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

El HIICAP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamaciones sobre su atención médica o tratamiento, y a resolver problemas

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

### MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción n.º 1: Puede mantener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE.**
  - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>ESCRIBA A</b>	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección del HIICAP o de su asesor local del SHIP.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>

## SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

atención para las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta BFCC-QIO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una reclamación sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura para su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta BFCC-QIO, Región 2 - (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva York): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-815-5440 De lunes a viernes: 9 am a 5 pm. Se encuentra disponible el servicio de correo de voz las 24 horas.
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 De lunes a viernes, de 9 am a 5 pm. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://livantaqio.com/en">livantaqio.com/en</a>

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que tiene que pagar la cantidad adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes de 8 am a 7 pm.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes de 8 am a 7 pm.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

## SECCIÓN 6 Medicaid

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

Las personas con Medicare Parte A o Parte B, que tienen ingresos y recursos limitados, pueden obtener ayuda del Programa Medicaid del Estado de Nueva York para pagar sus

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

gastos médicos de bolsillo. El costo compartido de Medicare incluye las primas de la Parte A y la Parte B y, en algunos casos, también puede pagar un deducible y coseguro de la Parte A y la Parte B. En el estado de Nueva York, el nombre del programa es Plan Medicaid de Nueva York.

A las personas que tienen derecho a la Parte A o a la Parte B de Medicare y son elegibles para algún tipo de beneficio de Medicaid a menudo se las denomina personas con doble elegibilidad. Estos beneficios a veces se denominan Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP). Las personas con doble elegibilidad son elegibles para algún tipo de beneficio de Medicaid. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare, mientras que usted puede tener derecho a recibir beneficios adicionales de Medicaid en virtud del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) permite a las personas con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) integra los beneficios de Medicare y Medicaid a través de un contrato estatal para proporcionar un conjunto definido de beneficios integrales de Medicaid. Estos beneficios de Medicaid se detallan en el Capítulo 4.

La inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) está sujeta a las condiciones de elegibilidad establecidas por los CMS y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH). Los CMS son los responsables de procesar las inscripciones en el plan Medicare Advantage y el Departamento de Servicios Sociales local, o la entidad designada por el NYSDOH, es responsable de procesar las solicitudes de inscripción para el componente Medicaid del beneficio. Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Medicaid de Nueva York.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Programa Medicaid de Nueva York: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-541-2831
<b>ESCRIBA A</b>	New York State DOH Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

La Unidad de Reclamaciones del Departamento de Salud del Estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

<b>Método</b>	<b>Unidad de Reclamaciones de Atención Administrada del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-206-8125
<b>ESCRIBA A</b>	NYS Department of Health Managed Care Complaint Unit OHIP DHPCO 1CP-1609 Albany, New York 12237  Correo electrónico: <a href="mailto:managedcarecomplaint@health.ny.gov">managedcarecomplaint@health.ny.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/complaints/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/managed_care/complaints/index.htm</a>

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

El Programa del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Programa del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York: Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-855-582-6769
<b>ESCRIBA A</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
<b>SITIO WEB</b>	aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

## SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

### Programa de “Asistencia Adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Asistencia Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Asistencia Adicional”, llame al:

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

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

---

Si cree que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, o, si ya tiene evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Envíe una carta a MVP Health Care, MVP Member Services/Customer Care Center, 220 Alexander Street, Rochester, NY 14607 en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Asistencia Adicional. Incluya todas las cartas que recibió.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lleva su copago como una deuda que usted debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

### **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?**

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Asistencia Adicional"), igualmente obtiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % pagados por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

### **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

#### **¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el formulario del



**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Atención de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. **Aviso:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, los ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado/asegurado insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local del programa ADAP para poder continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Atención de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

---

**SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria**

---

La Junta de Jubilación Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Junta de Jubilación Ferroviaria: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Rail Road Board, RRB) de 9 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm, los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de Ayuda de la RRB automatizada y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

# CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*

---

## **SECCIÓN 1      Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado a nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el uso del plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, use el cuadro de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</b>
---

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los “proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su cantidad de costo compartido como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada o paga solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos****Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan**

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1).

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) de la red que le brinde y supervise su atención.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor** de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare y Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si usted recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no es posible acceder a él. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor dentro de la red habitual para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

---

**SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde y supervise su atención</b>
--------------------	--

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

Cuando se convierte en afiliado de nuestro Plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico o un profesional de atención médica que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Los proveedores que se especializan en medicina familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica y obstetricia/ginecología pueden actuar como PCP.

La función de su PCP incluye la administración de su atención médica general. El PCP hace esto mediante visitas regulares y la coordinación de consultas a especialistas. Su

## Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

PCP también le ayudará a planificar los servicios de atención médica continuados luego de una hospitalización, cirugía, emergencia, atención urgente y otros servicios que requieren atención de seguimiento.

Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención, incluidos los servicios preventivos y de rutina. Su PCP también coordinará otros servicios que reciba, incluidas las derivaciones a otros especialistas según sea necesario, la solicitud de pruebas y procedimientos adicionales según sea necesario y el monitoreo de la atención que reciba de otros proveedores. Su PCP debe estar al tanto de toda la atención que usted recibe para ayudarle a tomar decisiones bien informadas sobre su atención médica. Esto incluye hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y visitas a especialistas. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) antes de que se cubran ciertos tratamientos y procedimientos.

### ¿Cómo elige a su PCP?

Elija a su PCP utilizando el Directorio de Proveedores de MVP u obtenga ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en **[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP.

### Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar un nuevo PCP. Si cambia de PCP, es posible que se vea limitado a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP refiere (es decir, red secundaria, círculos de referido). También se indica en la Sección 2.3 a continuación. Puede elegir un PCP diferente utilizando el *Directorio de Proveedores* o recibiendo ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en **[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP. Su elección de nuevo PCP entrará en vigencia de inmediato.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener una referido de su PCP?</b>
--------------------	--

Puede recibir los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera de su hogar).
- Visitas al consultorio del especialista.
- Atención quiropráctica.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.



### Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

NO necesita un referido de su PCP para consultar a un especialista de nuestra red de proveedores.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted, o su proveedor, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]*) tiene más información sobre qué hacer si desea que le tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también puede obtener la autorización de un proveedor de la red que refiera a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio, siempre que el servicio no siempre esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se analiza en el Capítulo 4.

#### **¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red con autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una reclamación sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

<b>Sección 2.4</b>	<b>Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red</b>
--------------------	---

Como afiliado a nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Estas son tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa la atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, si se aprueba la atención, usted pagaría lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener una autorización para que usted consulte a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

Debería pedirle al proveedor fuera de la red que nos facture primero. Si ya ha pagado los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP (los números de teléfono están impresos al dorso de este manual) o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que haya recibido.

---

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

---

<b>Sección 3.1      Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica</b>
--

**¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, no especializada, con un conocimiento promedio 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 una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Solicite una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o un referido de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar del mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare aparecen al dorso de su tarjeta de ID.

## Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

### ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que la emergencia haya terminado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y elaboren planes para brindarle atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir por atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que después de todo no fue una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional
- – *O bien* – la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener esta atención urgente (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios</b>
--------------------	--

**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia, que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Puede encontrar una lista de centros de atención urgente en nuestra red utilizando el *Directorio de proveedores* u obteniendo ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede acceder al *Directorio de Proveedores* en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las mismas circunstancias que la atención de emergencia y atención urgente dentro de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre atención de emergencia y urgencia, consulte el Cuadro de Beneficios de Medicare en el Capítulo 4 de este manual. Nuestro plan NO cubre ningún servicio que no sea de urgencia ni de emergencia fuera de los Estados Unidos.

<b>Sección 3.3</b>	<b>Cómo obtener atención durante un desastre</b>
--------------------	--

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 un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [www.health.ny.gov/environmental/emergency/](http://www.health.ny.gov/environmental/emergency/) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

---

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

---

**Sección 4.1      Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos**

Si ha pagado una cantidad mayor que su costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

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

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con su plan de Medicaid para averiguar si el servicio está cubierto por Medicaid.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos servicios no contarán para el Gasto de bolsillo máximo en servicios médicos. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

---

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

---

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo fármaco contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos demuestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?</b>
--------------------	--

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

### Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

- Alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como afiliado a nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

*Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación, como, por ejemplo, una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como, por ejemplo, una factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está evaluando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.



**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

**¿Desea obtener más información?**

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica). (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”**

---

**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención de la salud no médica?**

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

**Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica**

Para recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone a conciencia a recibir tratamiento médico que “no está exento”.

- El tratamiento o la atención médica “no exceptuada” es cualquier tratamiento o atención médica que sea *voluntaria* y *no requerida* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “excluido” es la atención médica o el tratamiento que usted recibe que *no* es voluntario o que *es requerido* por la ley federal, estatal o local.

## Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

---

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para la atención en un hospital para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
  - – Y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estancia no estará cubierta.

Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura en un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada.

---

## SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Tendrá usted el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?</b>
--------------------	---

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que ordene un proveedor para su uso en el hogar. El afiliado siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como afiliado a MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), sin embargo, por lo general, usted no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea afiliado a nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Para obtener más información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Usted efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a inscribirse en Original Medicare para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

**Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento****¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, entonces mientras esté inscrito, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si abandona MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) o si ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, este debe devolverse al propietario.

**Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

**¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?**

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

## CAPÍTULO 4:

*Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)*

---

## **SECCIÓN 1      Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos**

---

Incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

<b>Sección 1.1      Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos</b>
---

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

<b>Sección 1.2      ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?</b>
--

**Aviso:** Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos afiliados alguna vez alcanzan este gasto de bolsillo máximo. Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de gastos de bolsillo los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto de gastos de bolsillo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina cantidad máxima de gastos de

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de \$8,300.

Las cantidades que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$8,300, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

---

**SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará usted**

---

**Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado del plan**

El Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (que incluye la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o atención urgente, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado un referido. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que le brinda atención y la

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

supervisa.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota al pie.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los pagos de las primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare (excepto la Parte D de Medicare), según su elegibilidad para el Programa de Ahorros Médicos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de atención a largo plazo o servicios basados en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2023*. Puede verlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) ofrece beneficios de Medicare y Medicaid totalmente integrados. Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, tendrá un costo compartido de \$0 para ciertos servicios cubiertos por Medicare. Para obtener una lista de los beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid y los costos compartidos aplicables, vaya al Capítulo 4 y consulte el Cuadro de Beneficios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, también continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

este plan. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

**Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.**

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
  - Trastornos autoinmunitarios
  - Cáncer
  - Trastornos cardiovasculares
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
  - Demencia
  - Diabetes
  - Prediabetes
  - Enfermedad hepática
  - Enfermedad hepática en etapa terminal
  - Enfermedad renal
  - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
  - Trastornos hematológicos graves
  - Hipertensión/hipercolesterolemia
  - VIH/SIDA
  - Trastornos pulmonares crónicos
  - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
  - Trastornos neurológicos
  - Osteoartritis

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**


---

- Sobrepeso/obesidad
- Accidente cerebrovascular
- Vaya a la fila “Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en el siguiente Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)****Cuadro de Beneficios Médicos**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dura 12 semanas o más.</li> <li>• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).</li> <li>• No está asociado con la cirugía.</li> <li>• No está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), enfermeras especializadas (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (según se identifica en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM).</li><li>• Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li></ul> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Secciones 410.26 y 410.27.</p>	



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia fija, rotativa y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención solo si se proporcionan a un afiliado cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Aviso:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> <b>Densitometría ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	
<p> <b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los afiliados que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Pruebas de enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulación manual de la espina para corregir una subluxación.</li> <li>• La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.</li> </ul> <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de sangre oculta en heces basado en guayacol (Guaiac-based Fecal Occult Blood Test, gFOBT).</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT).</li> </ul> <p>Detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de selección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de selección.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>




**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios dentales adicionales cubiertos</p> <p><b>Endodoncia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de conducto</li> <li>• Terapia de endodoncia</li> <li>• Apicectomía</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe utilizar un proveedor de la red de Healthplex.</li> <li>• El monto que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en el beneficio máximo permitido para cada servicio.</li> <li>• No reembolsamos a los odontólogos los cargos que superen la cantidad permitida</li> <li>• Usted es responsable del 100 % de todos los cargos que excedan de la cantidad máxima permitida.</li> <li>• Healthplex le reembolsará al proveedor (o a usted, si ya le ha pagado al proveedor) los cargos facturados hasta el beneficio máximo pagadero por servicio cubierto.</li> <li>• No se aplican períodos de espera para los servicios cubiertos.</li> <li>• Limitado a códigos dentales específicos (se aplican exclusiones) y pueden aplicarse limitaciones en la cantidad de servicios cubiertos dentro de una categoría de servicio.</li> </ul>	<p><b>Para obtener información sobre servicios dentales preventivos, consulte el Cuadro de Beneficios de Medicaid</b></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de endodoncia cubiertos por Medicare. El beneficio se limita a un máximo de \$1,000 por año calendario.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si acude a un odontólogo que no participa en la red de Healthplex, usted será responsable del 100 % del costo de los servicios facturados.</li> </ul>	
<p> <b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Examen de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (utilicen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Las tiras reactivas para diabéticos y los monitores de glucosa en la sangre deben adquirirse de un fabricante preferido (FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy). Los monitores de tiras reactivas de fabricantes no preferidos no están cubiertos a menos que exista una <b>autorización previa de MVP</b>.</li> <li>• Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare, zapatos/insertos para diabéticos, suministros para diabéticos cubiertos por Medicare y tiras reactivas de glucosa en sangre de marca preferida (FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy). Las tiras reactivas de marcas no preferidas están cubiertas solo con autorización previa de MVP.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. Para ver la lista más reciente de proveedores, use la <i>herramienta Encontrar un médico</i> en nuestro sitio web visitando <a href="http://mvphealthcare.com/members/find-a-doctor">mvphealthcare.com/members/find-a-doctor</a>.</p> <p>Los artículos no cubiertos incluyen, entre otras cosas: pelucas, filtros de aire, aires acondicionados, asientos para bañera, deshumidificadores, elevadores, medias quirúrgicas elásticas, equipos de ejercicios, incluidas bicicletas de ejercicios y cintas caminadoras, barras de agarre, compresas para la incontinencia, camas hospitalarias institucionales, incluidas las oscilantes, tramas de circulación y Stryker, mesas para la cama, asientos de inodoro elevados, sillas de ducha, sistemas de bastidores de pie, bañeras de hidromasaje y bombas, dispositivos de terapia de frío, caja de luz terapéutica, bombas de compresión para trombosis venosa profunda, modificaciones en el hogar, como rampas para sillas de ruedas, barandas de soporte, barras para el baño o el</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los suministros de equipo médico duradero cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 por mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haberse inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es de \$0.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>hogar, y soportes hechos de material elástico u otro material elástico.</p> <p>Para ver o descargar la lista completa de artículos no cubiertos, visite <a href="http://mvphealthcare.com/members/medicare">mvphealthcare.com/members/medicare</a>, luego haga clic en <i>Forms/Resources (Formularios/recursos)</i> y en <i>Claims &amp; Reimbursement Forms (Formularios de reclamos y reembolsos)</i>. Además, puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al <b>1-866-954-1872</b> (TTY: 1-800-662-1220). Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué productos o marcas son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]</i>).</p> <p>El DME alquilado es propiedad del proveedor y, si por algún motivo ya no es necesario (y no se ha pagado en su totalidad), debe devolverse al proveedor.</p> <p>Los artículos desechables se suministran a través de Byram Healthcare y Edgepark Medical Supplies.</p>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**


---

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia.</li> <li>• Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <p>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 evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto) la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Programas de educación sobre salud y bienestar físico</b></p> <p><b>Programas Living Well:</b> Usted paga \$0 por clases de educación y servicios de apoyo, tales como clases de actividad física, programas de control del peso, alimentación más saludable, cómo vivir con artritis, talleres de prevención de caídas, manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva y Programa de Revisión de Medicamentos.</p> <p><b>Membresía SilverSneakers®:</b> SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través del bienestar físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de bienestar físico a través de SilverSneakers en los centros participantes<sup>1</sup>. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas<sup>2</sup>. En las sucursales participantes de todo el país<sup>1</sup>, puede tomar clases<sup>2</sup> y usar equipos de ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también le conecta a una red de soporte y recursos virtuales a través de clases SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Además, obtiene acceso a GetSetUp<sup>3</sup>, con miles de clases en línea en vivo para despertar sus intereses en temas como cocina, tecnología y arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número de ID personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los Programas Living Well.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de bienestar físico de SilverSneakers®.</p>




**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Programas de educación sobre salud y bienestar físico (continuación)</b></p> <p><b>Siempre consulte a su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las ubicaciones participantes (Participating Locations, "PL") no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliadas, ni son operadas por estas. El uso de instalaciones y servicios de la PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de la PL. Las instalaciones y servicios varían según la PL.</li> <li>2. La membresía incluye clases de bienestar físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los afiliados clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.</li> <li>3. GetSetUp es un proveedor externo de servicios y no es propiedad de Tivity Health, Inc. ("Tivity") o de sus afiliadas, ni es operado por estas. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder a los servicios de GetSetUp. Los cargos por servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Pueden aplicarse cargos por el acceso a ciertas clases o funcionalidades de GetSetUp.</li> </ol> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p><b>Administración de la atención:</b> Nuestros programas de administración de la atención pueden ayudarle a mantener su salud con afecciones crónicas como</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de administración de la</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y cáncer.</p> <p><b>Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana:</b> Disponible los 7 días de la semana para responder sus preguntas médicas.</p> <p><b>Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP</b></p>	<p>atención ni para la Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</b></p> <p>Si un proveedor del plan le diagnostica una o más de las siguientes afecciones crónicas, puede reunir los requisitos para otros beneficios complementarios específicos o un costo compartido reducido específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis reumatoide u osteoartritis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los clientes que tengan una autorización previa o se hayan sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan, con un diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis, pueden recibir un kit de atención personalizable con artículos como, por ejemplo, pinza alcanza objetos, calzador, alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos sin amarre y esponja de mango largo para ducha, a través de nuestro proveedor contratado autorizado.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga \$0 de copago por un kit de atención personalizable con un diagnóstico confirmado de artritis reumatoide u osteoartritis después de una cirugía de reemplazo articular o con una autorización previa para una cirugía de reemplazo articular dentro del año del plan.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de selección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Agencia de atención médica en el hogar</b></p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica en el hogar y solicitará que los servicios de atención médica en el hogar sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar impedido de salir de casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben tener un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Servicios sociales y médicos.</li> <li>• Suministros y equipos médicos.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la atención de una agencia de atención médica en el hogar cubierta por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios profesionales de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Atención de hospicio</b></p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de atención de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no</p>


**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de hospicio (continuación)</b>  a encontrar programas de atención de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención en el hogar.</li> </ul> <p><u>Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención de hospicio, su proveedor de atención de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el</li> </ul>	<p>MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta de hospicio.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de hospicio (continuación)</b></p> <p>servicio, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido en virtud de la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).</li> </ul> <p><u>Para los servicios cubiertos por MVP DualAccess Complete (HMOD-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por el hospicio como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, (<i>Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p><b>Aviso:</b> Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vacuna contra la neumonía.</li><li>• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias.</li><li>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li><li>• Vacuna contra la COVID-19.</li><li>• Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.</li></ul> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Las vacunas requeridas para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios para pacientes internados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería regulares</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos operativos y de la sala de recuperación</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renal-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir ir a nivel local siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.</li><li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta utilizada. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li><li>• Servicios médicos.</li></ul> <p><b>Aviso:</b> Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Estancia como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia como paciente internado no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estancia como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).</li> <li>• Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona permanentemente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.</li> <li>• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente.</li> <li>• Terapia física, del habla y ocupacional.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare durante una estancia como paciente internado no cubierta.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Comidas</b></p> <p>Después del alta un hospital para pacientes internados, cubrimos hasta 14 comidas nutritivas durante un período de 7 días para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales y recuperarse. Las comidas se entregarán en su hogar y deben ser del proveedor que el plan aprobó.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>Copago de \$0 para comidas entregadas a domicilio después del alta de un hospital para pacientes internados.</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras usted recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que se administra con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan.</li> <li>• Factores de coagulación que se autoadministran mediante inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado a su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinados fármacos orales contra el cáncer y contra las náuseas.</li><li>• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, Epoetin Alfa, Aranesp<sup>®</sup>, o Darbepoetin Alfa).</li><li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li></ul> <p>La terapia escalonada puede aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección de obesidad y la terapia.</p>
<p><b>Servicios de programas para el tratamiento por consumo de opiáceos</b></p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (Medication-assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.</li> <li>• Entrega y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de admisión.</li> <li>• Evaluaciones periódicas.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento con opiáceos.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros para técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes.</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta utilizada. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros terapéuticos y las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p><b>Aviso:</b> Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento para pacientes internados sin ella.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos como férulas y yesos.</li> <li>• Determinados fármacos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo.</li> </ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p> <p><b>Aviso:</b> Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:            Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>En los casos de abuso de sustancias o adicción, se brindarán servicios de diagnóstico, desintoxicación (eliminación de sustancias tóxicas) y rehabilitación ambulatoria.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Aviso:</b> Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será un paciente internado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un "paciente ambulatorio".</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare que se realiza en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p><b>Cobertura complementaria de venta libre (OTC)</b></p> <p>Los artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta. Este plan cubre más de 1,000 artículos OTC, según lo permitido por Medicare.</p> <p>Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta dental</li> <li>• Gotas oftálmicas</li> <li>• Aerosol nasal</li> <li>• Vitaminas</li> <li>• Gotas para la tos</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Antiácidos</li> <li>• Artículos de primeros auxilios</li> </ul>	<p>Este plan cubre ciertos medicamentos de venta libre, sin receta y aprobados, y artículos relacionados con la salud, hasta \$75 por trimestre.</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre.</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cobertura complementaria de venta libre (OTC) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Y mucho más...</li></ul> <p>Estas son las maneras de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio.</li><li>• Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en comercios minoristas participantes.</li><li>• Llame al 1-833-SHOP-OTC (1-833-746-7682) TTY: 711 de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora estándar del Este, para realizar un pedido. Seleccione los artículos del catálogo de OTC. Tenga a mano los nombres de sus productos, el número de tarjeta de beneficios de OTC y la información de entrega.</li></ul> <p>Las compras se limitan a los dólares de beneficio disponibles. Los montos no utilizados no se transferirán al siguiente trimestre o al siguiente año calendario.</p> <p>Todos los pedidos deben realizarse a través del proveedor aprobado del plan o deben comprarse en una tienda minorista participante.</p> <p>Es posible que ciertas marcas específicas no estén disponibles y que las cantidades sean limitadas o restringidas.</p> <p>Después de que el Plan haya pagado los beneficios de OTC, usted es responsable del costo restante.</p>	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Si tiene alguna pregunta sobre esta información, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-833 SHOP-OTC (1-833-746-7682), TTY: 711.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de emergencia/posteriores a la estabilización, servicios de urgencia, sesiones individuales para servicios de salud mental y psiquiatría especializados y consulta nutricional <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud (atención</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos/profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de telesalud.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>virtual). Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red o el proveedor de servicios de atención virtual aprobado por el plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o de acceso crítico en un hospital, centro de diálisis renal o el hogar del afiliado</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud</li> <li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Federalmente Calificados</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> </ul> </li> </ul>	




**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li><li>○ El control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li><li>● Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b><u>si cumple todas estas condiciones:</u></b><ul style="list-style-type: none"><li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li><li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li><li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li></ul></li><li>● Consulta con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico</li><li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía</li><li>● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)</li></ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones de talón)</li><li>• Cuidado de los pies de rutina para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores</li></ul> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen rectal digital.</li> <li>• Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una parte o la totalidad de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la visión” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Rehabilitación pulmonar y cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar y cardíaca están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar y cardíaca del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> <b>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p><b>Los afiliados elegibles son:</b> personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial:</i> el afiliado debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que puede</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>proporcionarse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige proporcionar una visita asesoramiento y toma de decisiones compartida de prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.</p>	
<p> <b>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un proveedor de cuidado primario los solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de cuidado primario y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para tratar la enfermedad renal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV,</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare</p>


**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando estén temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o no sea posible acceder a él).</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial).</li> <li>• Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p> <p><b>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>para tratar la enfermedad renal.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta utilizada. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas proporcionados normalmente por los SNF.</li> <li>• Servicios del médico/profesional.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare.</p> <p>Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga el 100 % del costo durante 100 días en un período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día de la admisión en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <p>En general, recibirá atención de un SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, usted puede recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada)</li> <li>• Un SNF en el que su cónyuge viva en el momento en que usted va a dejar el hospital</li> </ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	
<p> <b>Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.</p>



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p>Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio de alimentos, frutas y verduras <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los afiliados elegibles con un diagnóstico de las siguientes afecciones crónicas recibirán una asignación de \$50 por mes para la compra de alimentos, frutas y verduras. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos autoinmunitarios</li> <li>▪ Cáncer</li> <li>▪ Trastornos cardiovasculares</li> <li>▪ Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>▪ Dependencia crónica de alcohol y otras drogas</li> <li>▪ Demencia</li> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Prediabetes</li> <li>▪ Enfermedad hepática</li> <li>▪ Enfermedad hepática en etapa terminal</li> <li>▪ Enfermedad renal</li> <li>▪ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)</li> <li>▪ Trastornos hematológicos graves</li> <li>▪ Hipertensión/hipercolesterolemia</li> <li>▪ VIH/SIDA</li> <li>▪ Trastornos pulmonares crónicos</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Tiene una asignación de \$50 cada mes para gastar en alimentos y productos aprobados por el plan.</p> <p>Si no utiliza toda la cantidad de su beneficio mensual cuando realiza su pedido, el saldo restante no se acumulará para el siguiente período de beneficios.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aficciones de salud mental crónicas e incapacitantes</li> <li>▪ Trastornos neurológicos</li> <li>▪ Osteoartritis</li> <li>▪ Sobrepeso/obesidad</li> <li>▪ Accidente cerebrovascular</li> </ul> <p>Puede pedir de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En línea: visite <a href="http://MVP.NationsBenefits.com">MVP.NationsBenefits.com</a>.</li> <li>• Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Afiliados de NationsBenefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.</li> <li>• Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos.</li> </ul>	
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constar de sesiones que duran entre 30 y 60 minutos, y comprender un programa de ejercicios o entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Realizarse en un entorno para pacientes ambulatorios del hospital o en el consultorio del médico.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**


<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen el daño, y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD.</li> <li>• Brindarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera especializada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado.</li> </ul> <p>La SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas (36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado), si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p><b>Traslado (que no sea de emergencia)</b></p> <p>Transporte que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan, como visitas al consultorio médico, farmacias y centros de diálisis. MVP ayuda a coordinar los traslados que son adecuados para sus necesidades de salud.</p> <p>Los servicios se proporcionan en el nivel de atención que se adapta a sus necesidades médicas. Esto puede ser en forma de vehículo compartido, sedán médico, furgoneta con acceso para sillas de ruedas, furgoneta bariátrica con acceso para sillas de ruedas y transporte en camioneta.</p> <p><b>Los viajes deben programarse a través del proveedor aprobado del plan.</b></p> <p>Máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año calendario. Límite de 30 millas por viaje.</p> <p><b>Este beneficio no debe utilizarse para situaciones de emergencia. Para traslados de emergencia: Consulte la sección Ambulancia.</b></p>	<p>Usted paga \$0 por viaje de ida a un lugar aprobado por MVP.</p> <p>Máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año calendario.</p> <p>Se aplica un límite de 30 millas por viaje.</p> <p>Los viajes deben coordinarse a través del coordinador de transporte de MVP. Llame a American Logistics al 1-855-923-4125 de lunes a viernes de 8 am a 5 pm o comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**


---

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para obtener detalles adicionales sobre cómo acceder a este beneficio (número y horas al dorso de este manual).	(números y horarios al dorso de este manual).

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Se proporcionan servicios de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o es irrazonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios. Si no es razonable dadas sus circunstancias obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Tiene cobertura para la atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de atención de urgencia</p>
<p> <b>Atención de la visión</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes,</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes de la visión, exámenes de detección de glaucoma o anteojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Asignación de beneficios de \$200 por año calendario para anteojos y accesorios complementarios.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía)</li> <li>• Anteojos: asignación de beneficio por año calendario para la compra de anteojos o lentes de contacto complementarios. Los anteojos y gafas de seguridad no recetados requeridos para el empleo no están cubiertos</li> <li>• La asignación complementaria para anteojos se aplica solo al valor minorista. Los descuentos de la tienda y las ofertas promocionales no se pueden combinar con la asignación para anteojos</li> </ul>	<p>Cualquier cantidad que pague por anteojos complementarios no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>
<p> <b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y referidos para otra atención si es necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<p>Aviso: Todos los costos compartidos de las personas inscritas la Parte C de Medicare, que abarcan todos los montos de deducibles, copagos y coseguros, así como cualquier prima de suscriptor de Medicare por los servicios enumerados a continuación, están cubiertos para los afiliados. Esto no incluye ningún beneficio complementario cubierto por el plan.</p> <p>Es posible que haya otros servicios disponibles para usted, a los que se puede acceder a través del programa Medicaid "Pago por Servicio".</p>	
<b>Atención médica diurna para adultos</b>	<p>Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades recreativas y servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un centro residencial para el cuidado de la salud (Residential Health Care Facility, RHCF) o una extensión aprobados.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Ambulancia</b>	<p>Transporte proporcionado por un servicio de ambulancia, incluida la ambulancia aérea. Transporte de emergencia si tiene por objeto obtener servicios hospitalarios para una persona inscrita que sufre afecciones graves, potencialmente mortales o potencialmente incapacitantes que requieren la prestación de servicios de emergencia mientras la persona inscrita es transportada.</p> <p>Incluye el transporte al servicio de emergencia de un hospital generado por un llamado al "911".</p>
<b>Densitometría ósea</b>	Densitometría ósea para personas en riesgo.
<b>Atención quiropráctica</b>	Manipulación manual de la espina vertebral proporcionada por quiroprácticos u otros proveedores cualificados para corregir la subluxación.
<b>Examen de detección colorrectal</b>	Examen de detección colorrectal para personas de 50 años o más.



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Servicios dentales/dentales preventivos</b>	<p>Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen atención dental preventiva, profiláctica y de otro tipo, servicios y suministros dentales y prótesis dentales necesarios para aliviar una afección médica grave. Los servicios dentales quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios están sujetos a autorización previa.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los siguientes servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales</li> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Radiografías dentales</li> </ul>
<b>Control de la diabetes</b>	<p>Autocontrol, capacitación sobre la gestión y suministros para la diabetes, incluida la cobertura de monitores de glucosa, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para diabéticos, como las gasas 2x2, los hisopos/las almohadillas con alcohol, las jeringas de insulina y las agujas, están cubiertos por la Parte D.</p>
<b>Pruebas de diagnóstico</b>	<p>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radioterapia.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	Dispositivos y equipos, que no sean protésicos, ortésicos o calzado ortopédico, que hayan sido solicitados por un especialista para el tratamiento de una afección médica específica. Incluye equipos médicos y pilas para audífonos. Sin requisito previo para personas confinadas en el hogar e incluyendo DME no cubierto por Medicaid (p. ej., taburete de bañera; barras de agarre).
<b>Atención en el Departamento de Emergencias</b>	Atención proporcionada en el Departamento de Emergencias de un hospital, sujeto a un estándar prudencial.
<b>Servicios de audición</b>	Servicios y productos para la audición de Medicare y Medicaid cuando sea médicamente necesario para aliviar la incapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen selección, ajuste y dispensación de audífonos; pruebas después de la dispensación, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos relacionados entre los que se encuentran audífonos, moldes, accesorios especiales y piezas de repuesto.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Atención médica en el hogar</b>	Atención de enfermería especializada intermitente, servicios de asistencia de atención médica en el hogar y servicios de rehabilitación médicamente necesarios. También incluye servicios de atención médica en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej., servicios de asistencia de atención médica en el hogar con supervisión de enfermería a personas médicamente inestables).
<b>Vacunas</b>	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados, incluidos servicios de rehabilitación y abuso de sustancias</b>	Hasta 365 días al año (366 días para el año bisiesto).
<b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b>	Atención médicamente necesaria, incluidos los días que excedan el máximo de por vida de 190 días establecido por Medicare.
<b>Mamografías</b>	Examen anual para personas de 40 años o más. No se necesita referido.
<b>Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según lo aprobado por los CMS</b>	El inscrito es responsable de los copagos.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Servicios sociales médicos</b>	Evaluación, organización y asistencia para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de la persona en casa.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)****Suministros médicos/quirúrgicos**

Artículos para uso médico que no sean medicamentos, dispositivos protésicos y ortésicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico. Incluye cobertura de fórmula nutricional enteral, que se limita a la alimentación por sonda y a enfermedades metabólicas congénitas. En niños menores de 21 años, las fórmulas orales permanecen cubiertas cuando existe una imposibilidad de absorber o metabolizar los nutrientes calóricos y dietéticos.

La fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limitan a las personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio y a las siguientes condiciones:

- 1) Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y que deben obtener nutrición a través de la fórmula por sonda.
- 2) Personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para aportar nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio.
- 3) La cobertura de determinadas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos orgánicos incluirá los productos alimenticios sólidos modificados bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Traslado que no sea de emergencia</b>	<p>El transporte es esencial para que una persona inscrita obtenga la atención médica y los servicios necesarios en virtud de los beneficios del plan o el sistema de "Pago por Servicio" de Medicaid.</p> <p>Incluye camioneta, autobús para discapacitados, taxi, vehículos de alquiler, transporte público u otros medios apropiados para la afección médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para que le acompañe, si es necesario.</p>
<b>Nutrición</b>	<p>La evaluación del estado o de las necesidades nutricionales, el desarrollo y la evaluación de los planes de tratamiento, la educación nutricional, la educación en servicio, lo que incluye consideraciones culturales.</p>
<b>Medicamentos para pacientes ambulatorios</b>	<p>Todos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos obtenidos por un proveedor y administrados en un consultorio médico o clínica cubiertos por Medicaid. (Sin Parte D).</p>

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Servicios de salud mental ambulatorios</b>	Visita de terapia individual y grupal. La persona inscrita debe poder autorreferirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla)</b>	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla) que solicite un médico u otro profesional autorizado están cubiertos siempre que sea médicamente necesario (sin límites para el número de visitas).
<b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Visitas individuales y grupales. La persona inscrita debe poder autorreferirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Visitas médicamente necesarias a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario ambulatorio.
<b>Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b>	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
<b>Visitas al consultorio del PCP/especialista</b>	Consultas al proveedor de cuidado primario y consultas a especialistas.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Podiatría</b>	Atención médicamente necesaria para los pies, incluida la atención de afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. Hasta cuatro (4) visitas al año para el cuidado de rutina de los pies.
<b>Servicios privados de enfermería</b>	Servicios privados de enfermería médicamente necesarios en virtud del plan de tratamiento diseñado por el médico solicitante, asistente médico registrado o enfermera especializada certificada.
<b>Examen de detección de cáncer de próstata</b>	Examen de detección de cáncer de próstata para hombres de 50 años o más.
<b>Prótesis</b>	Cobertura de Medicare y Medicaid para dispositivos protésico, ortésicos y calzado ortopédico.
<b>Centro de atención médica residencial/centro de enfermería especializada</b>	Atención cubierta por Medicare y Medicaid proporcionada en un centro de atención médica residencial/centro de enfermería especializada. No se requiere hospitalización previa.
<b>Examen físico de rutina</b>	Hasta un examen físico de rutina por año.
<b>Atención urgente</b>	Atención que se necesita con urgencia en la mayoría de los casos fuera del área de servicio del plan.



**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Beneficios de Medicaid</b>	
<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Descripción de los servicios cubiertos</b>
<b>Servicios de atención de la visión</b>	<p>Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarias, ojos artificiales (genéricos o hechos a medida), ayudas y servicios para la visión deficiente. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de piezas. La cobertura también incluye pruebas de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique como médicamente necesario.</p> <p>No es necesario cambiar los anteojos con una frecuencia superior a cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los anteojos se pierdan, dañen o destruyan.</p>

---

**SECCIÓN 3      ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MVP  
DualAccess Complete (HMO D-SNP)?**

---

<b>Sección 3.1      Servicios <i>no</i> cubiertos por MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)</b>
---

Los siguientes servicios no están cubiertos por MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

**Servicios cubiertos por el programa de “Pago por Servicio” de Medicaid**

- Servicios de planificación familiar fuera de la red en virtud de las disposiciones de acceso directo.
- Beneficios de farmacia de Medicaid según lo autorizado por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionadas excluidas del beneficio de la Parte D de Medicare).
- Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona.
- Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:
  - Programas intensivos de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica.
  - Tratamiento diurno.
  - Tratamiento diurno continuo.
  - Manejo de casos por enfermedad mental grave y persistente (patrocinada por unidades de salud mental estatales o locales)
  - Hospitalizaciones parciales.
  - Tratamiento comunitario de reafirmación personal (Assertive Community Treatment, ACT).
  - Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS).
- Servicios de rehabilitación proporcionados a residentes de residencias comunitarias (Community Residency, CR) con licencia de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) y programas de tratamiento basados en la familia.
- Oficina para Servicios Destinados a Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Manejo integral de casos de Medicaid.
- Servicios del Programa de Exención Basado en el Hogar y la Comunidad.
- Tratamiento observado directamente para la tuberculosis.
- Programa de Vivienda Asistida.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué beneficios pueden estar disponibles para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2 *Medicaid*).

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

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare. Excluido significa que el plan no cubre estos servicios.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si un servicio es apelado y se toma una decisión: se considera al momento de la apelación, un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones</li> <li>• Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca un aspecto simétrico</li> </ul>
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Cargos cobrados por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	✓	
<p>Entrega de comidas a domicilio</p>		<p>Comidas entregadas a domicilio cubiertas después de hospitalizaciones para pacientes internados. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
<p>Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.</p>	✓	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina		<p>La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.</p> <p>Su plan incluye beneficios dentales de endodoncia adicionales. Consulte la sección de servicios dentales del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos de venta libre (OTC)		Consulte la sección de artículos de venta libre (OTC) en el cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la espina vertebral para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	✓	
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión deficiente.		<p>El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Su plan incluye beneficios adicionales para la visión. Consulte la sección de Atención de la visión del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Cuidado de los pies de rutina		Se proporciona cierta cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos.	✓	

**Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**

---

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Servicios considerados no razonables y necesarios, de conformidad con los estándares de Original Medicare	✓	



# CAPÍTULO 5:

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

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

---



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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted califica y recibe "Asistencia Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de "Asistencia Adicional", **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique en su caso.** Le enviamos un manual por separado, denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Asistencia Adicional para pagar medicamentos con receta" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este manual, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite la "Cláusula LIS". (Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están impresos en la contraportada de este manual).

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 *Medicaid* para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, odontólogo u otro profesional que receta) que le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.

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

---

- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (para abreviar, lo llamamos "Lista de Medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del fármaco que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

---

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

---

<b>Sección 2.1 Use una farmacia de la red</b>
---

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

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

<b>Sección 2.2 Farmacias de la red</b>
--

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web ([mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)), o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

---

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

### ¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com).

### ¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (Long-term Care, LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para Indígenas/Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario no debería ocurrir con frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Uso de los servicios de pedido por correo del plan</b>
--------------------	---

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica

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

---

crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con *NM* en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite un suministro de **al menos 30 días del medicamento y un suministro de no más de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

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

- Utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento a través de *[insertar instrucciones]*.

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no se le contactó para ver si la deseaba antes de que se la enviaran, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros a través de *[insertar instrucciones]*.

Si nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo o decide interrumpir los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta y se envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles si deben enviar, demorar o cancelar la nueva receta.

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

**Resurtidos de recetas de pedido por correo.** Para resurtidos, comuníquese con su farmacia [insertar número de días recomendado] días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo].

### Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

### Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

#### Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado a nuestro plan. **Consulte primero con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Posiblemente deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas cubiertas surtidas en una farmacia fuera de la red:

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

---

En general, debe usar una farmacia fuera de la red solo en situaciones limitadas. Puede usar una farmacia de la red cuando no hay disponible una farmacia dentro de la red o si está tratando de surtir un medicamento con receta cubierto que, generalmente, la farmacia minorista o farmacia de pedidos por correo dentro de la red no tienen (estos medicamentos incluyen algunos medicamentos huérfanos y otros productos farmacéuticos especializados).

### ¿Cómo solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar al plan que le reembolse el dinero).

---

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” del plan

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la “Lista de Medicamentos” para abreviar.**

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

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *que*:

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

---

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se receta.
- *O bien* -- respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### ¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.



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

### Sección 3.2 Existen 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

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

- **Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** Incluye medicamentos genéricos seleccionados utilizados para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- **Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** Incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** Incluye todos los demás medicamentos de marca y genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 5 - Medicamentos especializados:** Incluye medicamentos genéricos y de marca especializados de alto costo. Este es el nivel de costo compartido más alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de Medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros afiliados utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos

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

---

medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para averiguar si lo cubrimos).

2. Visite el sitio web del plan ([mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

---

### SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

---

<b>Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?</b>
--

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarle a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a usar 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 factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

<b>Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?</b>
---

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

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

---

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.** Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para obtener información sobre lo que usted o su proveedor necesitarían hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

En general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted O nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

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

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

### **Probar primero un fármaco diferente**

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

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

---

### Límites de cantidad

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

---

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

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera</b>
--------------------	---

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería estar tomando, no está en nuestro formulario o que esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sea más costosa de lo que cree que debería ser
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera
- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más costoso de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer

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

---

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?</b>
--------------------	--

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

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

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

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando ya **no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro de medicamentos de hasta un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos afiliados que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

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

---

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

### 1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

### 2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera en que le gustaría que esté cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O bien, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?</b>
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

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

---

### Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para el medicamento, de modo que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

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

---

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año</b>
--------------------	--

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**

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

---

- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?</b>
--------------------	---

### Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma periódica. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibiría una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

### Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos)**
  - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agrega el nuevo genérico.
  - Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.



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

---

- Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un fármaco 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 de inmediato.
  - El profesional que receta también sabrá sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio o notificarle sobre el cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando en una farmacia de la red durante 30 días.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
  - Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

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

---

### Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

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

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

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto para un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

---

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

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
--------------------	--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

---

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

Estas son tres reglas generales sobre 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 cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso fuera de indicación aprobada. El "uso no autorizado" es cualquier uso del fármaco que no sea el indicado en la etiqueta del fármaco, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el "uso no autorizado" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 *Medicaid* para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
  - Medicamentos usados para promover la fertilidad.
  - Medicamentos usados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
  - Medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
  - Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
  - Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

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

---

- Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

---

### SECCIÓN 8      Cómo surtir una receta

---

#### Sección 8.1      Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

#### Sección 8.2      ¿Qué sucede si no tiene su información de membresía con usted?

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

---

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

---

#### Sección 9.1      ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de enfermería especializada para una estancia que está cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Una vez que deja el hospital o centro de enfermería

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

---

especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

### **Sección 9.2      ¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para 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 la farmacia que use, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que usa forman parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

### **¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera?**

Consulte la Sección 5.2 acerca de un suministro temporal o de emergencia.

### **Sección 9.3      ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?**

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento determinado (p. ej., para las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o para la ansiedad) que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o al profesional que receta que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

## **Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**

---

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según lo explicado en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

---

### **SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos**

---

<b>Sección 10.1 Programas para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos de manera segura</b>
--

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros afiliados a fin de ayudar a garantizar que estén recibiendo atención segura y adecuada.

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

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

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

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

---

**Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que usan inadecuadamente con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea adecuado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en una determinada farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos con benzodiazepina de un determinado médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos con benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le proporcionaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

---

No será ubicado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidados paliativos o terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros afiliados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opiáceos de manera segura pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliado en el programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista actualizada de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.



# CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos  
con receta de la Parte D*

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de “Asistencia Adicional”, es posible que **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique en su caso**. Le enviamos un manual por separado, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Asistencia Adicional para pagar medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este manual, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite la “Cláusula LIS”.

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1      Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</b>
--

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información sobre el pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas:

<b>Sección 1.2      Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos</b>
--

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres maneras en las que se le puede pedir que pague.

## Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

---

- El “**deducible**” es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte una receta.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo</b>
--------------------	---

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como su costo de gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

---

### **Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo**

**Sus costos de bolsillo incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de Deducible
  - Etapa de Cobertura Inicial
  - Etapa de Período sin Cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

#### **Es importante quién paga:**

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Asistencia Adicional” de Medicare.

## Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

---

- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

### **Pasar a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica:**

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

---

### **Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo**

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos durante la Etapa de Período sin Cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización como las que se mencionan arriba paga una parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por los medicamentos,

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

usted debe informar a nuestro plan llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

---

**¿Cómo puede llevar un registro de su monto total de gastos de bolsillo?**

- **Le ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance un total de \$7,400, este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de Período sin Cobertura y que ha pasado a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

---

**SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento**

---

<b>Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)?</b>
--

Hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). La cantidad que paga depende de en cuál etapa se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

---

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

---

<b>Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la "EOB de la Parte D")</b>
--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando sus recetas se surten o resurten en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo se ha trasladado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos a los que hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo "**de bolsillo**".
- Realizamos un seguimiento de sus "**costos totales de medicamentos**". Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del "año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información acerca de aumentos en el precio con respecto al primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

- **Medicamentos con recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta.

**Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos**

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le mostramos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos 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 llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la

---

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Asegúrese de conservar estos informes.

---

**SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos**

---

La mayoría de nuestros afiliados reciben “Asistencia Adicional” con sus costos de medicamentos con receta, por lo que la Etapa de Deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Asistencia Adicional”, la cantidad de su deducible depende del nivel de “Asistencia Adicional” que reciba. Usted:

- No paga un deducible
- Paga un deducible de \$104

Consulte el folleto separado (la “Cláusula LIS”) para obtener información sobre la cantidad de su deducible.

Si no recibe “Asistencia Adicional”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta en el año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **deberá pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto deducible del plan, que es de \$505. El “**costo total**” generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado menores costos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$505 por sus medicamentos, abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.



**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

---

**SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte**

---

<b>Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento con receta y de dónde lo surta</b>
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (la cantidad de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

**El plan tiene 5 niveles de costos compartidos**

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

- **Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:** Incluye medicamentos genéricos seleccionados utilizados para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- **Nivel 2 - Medicamentos genéricos:** Incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** Incluye todos los demás medicamentos de marca y genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 5 - Medicamentos especializados:** Incluye medicamentos genéricos y de marca especializados de alto costo. Este es el nivel de costo compartido más alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

**Sus opciones de farmacia**

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de alguna de las siguientes:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Un cuadro que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para un mes</b>
--------------------	---

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

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D****Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Costo compartido fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (Suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 1 de costo compartido*</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %
<b>Nivel 2 de costo compartido*</b> (Medicamentos genéricos)	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %
<b>Nivel 3 de costo compartido*</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro O <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <u>Para medicamento s genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <u>Para medicamento s de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <u>Para medicamento s genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <u>Para medicamento s de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <u>Para medicamentos genéricos:</u> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <u>Para medicamentos de marca:</u> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Costo compartido fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (Suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 4 de costo compartido*</b> (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %
<b>Nivel 5 de costo compartido*</b> (Medicamentos especializados)	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %

**\*El costo compartido se basa en su nivel de "Asistencia Adicional"**

**Sección 5.3**

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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

deseen solicitar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes medicamentos.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba, en lugar de por todo el mes. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de costos compartidos") y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Un cuadro que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento</b>
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

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

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 90 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 90 días)
<b>Nivel 1 de costo compartido*</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %
<b>Nivel 2 de costo compartido*</b> (Medicamentos genéricos)	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %	25 % de coseguro O \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 %
<b>Nivel 3 de costo compartido*</b> (Medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 90 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 90 días)
<b>Nivel 4 de costo compartido*</b> (Medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %	25 % de coseguro O <i>Para medicamentos genéricos:</i> \$0.00, \$1.45, \$4.15 o 15 % <i>Para medicamentos de marca:</i> \$0.00, \$4.30, \$10.35 o 15 %
<b>Nivel 5 de costo compartido*</b> (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5	El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5
<b>*El costo compartido se basa en su nivel de "Asistencia Adicional"</b>		

<b>Sección 5.5</b>	<b>Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos de sus medicamentos para el año alcancen los \$4,660</b>
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que ha surtido alcance el límite de **\$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted, el plan, así como cualquier tercero, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Período sin Cobertura. Consulte la Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

---

**SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Período sin Cobertura**

---

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Período sin Cobertura, el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo desplazan a través del período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que paga cuenta y lo mueve a través del período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo que Medicare ha establecido. Si alcanza esta cantidad (\$7,400), abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos bolsillo (Sección 1.3).

---

**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos**

---

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe "Asistencia Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, sus costos para los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Asistencia Adicional" que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será lo siguiente:



**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

- \$0 o
- Un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
  - – *Ya sea* – coseguro del 5 % del costo del medicamento.
  - – *O* – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

---

**SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene**

---

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D y vacunas cubiertas por beneficios médicos. **Debido a que la cobertura de las vacunas puede ser complicada, le sugerimos que llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP antes de recibir cualquier vacuna si tiene alguna inquietud.**

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces, esto se denomina “administración” de la vacuna).

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se está vacunando).
  - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar usted]* en el Capítulo 4).
  - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*.
- 2. Dónde recibe la vacuna**
  - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna**

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

- Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa de Medicamentos se encuentra.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* Usted se vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe una vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Asistencia Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagar a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**

---

- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Asistencia Adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

## CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos  
nuestra parte de una factura que ha  
recibido por servicios médicos o  
medicamentos cubiertos*

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

---

### **SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus medicamentos o servicios cubiertos**

---

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por sus medicamentos y servicios cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan**, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le devuelva o que pague una factura que haya recibido:

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

---

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

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

### **2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debería pagar**

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague una cantidad mayor que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos que los cargos del proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que es por una cantidad mayor que la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba en virtud del plan.

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

---

### **3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan**

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

Si estaba inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó como desembolso personal cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación, tales como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

### **4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta**

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener un análisis de estas circunstancias.

### **5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted**

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

### **6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones**

Puede pagar 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 esté en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no considera que se aplique a su caso.

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

---

Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido

---

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro del plazo de 1 año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarnos de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Para garantizar el procesamiento rápido de su reclamo, las facturas enviadas deben incluir lo siguiente (comuníquese con su proveedor para obtener información adicional):
  - El nombre y la dirección (en papel con membrete) del proveedor del servicio o suministro (p. ej., médico u hospital), incluidos el Número de Identificación Impositiva y el Número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI).



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

---

- El nombre completo del paciente y el número de identificación del plan de salud.
  - Los códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) o de Terminología Actual de Procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) para el tipo de servicio proporcionado (p. ej., visita al consultorio, radiografía de tórax).
  - Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes internados o ambulatorios, consultorio).
  - Fecha y cargo por cada servicio o suministro proporcionado.
  - Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (International Classification of Diseases, Clinical Modification, ICD-CM) para la afección médica por la cual el paciente fue tratado (p. ej., examen de rutina, tos, hipertensión).
  - Si otra compañía de seguros ha hecho un pago por este servicio, se debe presentar una explicación de los beneficios de esa compañía junto con el reclamo.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**[mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)**) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite el formulario.

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

Para reclamos médicos:

MVP Health Care  
P.O. Box 2207  
Schenectady, NY 12301

Para reclamos de medicamentos con receta:

CVS Caremark  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

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

### **SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos**

#### **Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los cuales no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos a apelar esa decisión.

#### **Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación**

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:

## *Sus derechos y responsabilidades*

## **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como afiliado del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Debemos proporcionar información de una manera que sea conveniente para usted y que respete su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternos, etc.)</b>
--------------------	--

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternos sin costo si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al 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, llame para presentar una queja formal ante el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP (los números de teléfono están impresos en

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

la contraportada de este manual). También puede presentar una reclamación ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una reclamación ante el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos**

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referidos [*insertar si corresponde*: para ir a proveedores de la red].

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesite esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se le explica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información para la salud personal. Protegemos su información para la salud personal según lo exigen estas leyes.

- Su “información para la salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información para la salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información para la salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de práctica de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información para la salud.

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información para la salud a cualquier persona que

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

no esté proporcionando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*

- Existen ciertas excepciones que no nos exigen obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información para la salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información para la salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica exclusivamente no se divulgue.

### **Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas**

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información para la salud con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información para la salud personal, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como afiliado al MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP:

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y farmacias.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	--

### **Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usar medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si



## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

cualquier tratamiento o atención médica propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se retire. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le sucede al cuerpo como resultado.

### Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitar los formularios.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde reciba este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que podrá tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

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

**Recuerde que es su decisión si desea completar una directiva anticipada** (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede negarle su atención ni discriminarle en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

### ¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar reclamaciones y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado</b>
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o reclamación y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una reclamación), **debemos tratarle de manera justa.**

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Se trata de otra cosa?**

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que está teniendo:

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

**Sección 1.8            Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf))
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

---

**SECCIÓN 2      Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan**

---

Las cosas que debe hacer como afiliado del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de Cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los fármacos que está tomando, incluidos los fármacos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios funcionen sin problemas.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Pague lo que adeuda.** Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan.  
  
Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y para saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).



## CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema  
o una reclamación (decisiones de  
cobertura, apelaciones, reclamaciones)*

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### SECCIÓN 1 Introducción

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

En este capítulo, se explican los procesos para manejar problemas y quejas. El proceso que usa para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamaciones**, también denominado quejas.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué debe hacer.

#### Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una reclamación” en lugar de “presentar una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”
- También se utilizan las abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.



## **Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

---

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

---

Estamos siempre a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una reclamación sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarle.

#### **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

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

#### **Medicare**

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

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

#### **Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Puede encontrar la información de contacto de la agencia estatal de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### SECCIÓN 3 Comprender las reclamaciones y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

---

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información que contiene este capítulo se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y Medicaid que usted tiene. A esto también se lo suele llamar “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

## PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

---

### SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación podrá ayudarle a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o reclamaciones sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

#### ¿Su problema o queja es sobre sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.**

Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5, “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

**No.**

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

---

Pase a la **Sección 11** que se encuentra al final de este capítulo, **“Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

---

---

**SECCIÓN 5 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una visión general</b>
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluido el pago. Este es el proceso que utiliza para ciertos tipos de problemas, por ejemplo, si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

**Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Estamos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. 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 en particular o si se niega a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se puede rechazar una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se puede rechazar una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

En algunos casos, podríamos decidir que no se cubre un servicio o medicamento, o que ya no está cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud para una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se puede rechazar una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no rechazamos su caso, pero sí rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede continuar con una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una Entidad de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros.

- Usted no tiene que hacer nada, su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le enviará una notificación por correo postal para confirmar que recibió su apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. (La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	--

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**).
  - Para la atención médica, su proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Si su médico u otro proveedor de atención médica le pide que continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es **posible** que deba nombrar a su médico u otro profesional que receta como su representante para que actúe en su nombre.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Si desea que un amigo, pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referidos. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?</b>
--------------------	--

Existen cuatro diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo, "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo, "Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Sección 8** de este capítulo, "Cómo solicitarnos que cubramos una estancia en un hospital para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto".
- **Sección 9** de este capítulo, "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto". (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

---

### **SECCIÓN 6** Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención</b>
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que estuvo recibiendo (y que previamente aprobamos) se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

**Aviso:** Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

### Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

#### Términos legales

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación acelerada”**.

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una “decisión de cobertura rápida” se toma dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Puede *solicitar solamente* cobertura para atención médica *que aún no haya recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con estas características:
  - Que explique que usaremos los plazos estándar.
  - Que explique que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Que explique que puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

### **Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

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

### **Paso 3: Analizamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.**

***Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.***

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

**Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta en el **plazo de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "reclamación rápida". Le daremos una respuesta a su reclamación tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una reclamación es diferente del proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre reclamaciones, consulte la Sección 11 de este capítulo).

### ***Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado***

**Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le responderemos en un plazo de 24 horas.**

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "reclamación rápida". (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre reclamaciones). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.**

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina <b>“reconsideración”</b> del plan.
---

Una “apelación rápida” también se denomina <b>“reconsideración acelerada”</b> .
---

### **Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.**

**Una “apelación estándar” generalmente se presenta dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de las 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

### **Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.**

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presenta su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación**

***Si le dijimos que íbamos a interrumpir o reducir la prestación de los servicios o la entrega de los artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.***

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del sello postal que figura en nuestra carta o a más tardar en la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o el artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.

### **Paso 3: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### ***Fechas límite para una "apelación rápida"***

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso 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 que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir 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 enviaremos 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.

### ***Fechas límite para una "apelación" estándar***

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su afección médica.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “reclamación rápida”. Cuando presente una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación en 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamación, incluidas las reclamación rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud para una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
  - **Si nuestra respuesta es afirmativa para una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de **30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
  - Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.
    - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
    - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

### Sección 6.4

### Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

#### Términos legales

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

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación del Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indicará cómo hacerlo. También podrá encontrar la información a continuación.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la página 186 para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para dicho servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

**Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:**

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### ***Si tuvo una apelación "rápida" de Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" de Nivel 2.***

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### ***Si tuvo una apelación "estándar" de Nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" de Nivel 2.***

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que recibe su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio dentro de las **72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**, o **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con estas características:
  - Que explique su decisión.
  - Que le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Que le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 se rechaza y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
  - Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje se encarga de la apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

### **Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:**

#### **Paso 1: Puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.**

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta de decisión en su apelación de Nivel 1. La carta que le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.

#### **Paso 2: La oficina de Audiencias Imparciales le da una respuesta.**

La oficina de Audiencias Imparciales le informará por escrito la decisión que se tomó y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencias Imparciales acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si la oficina de Audiencias Imparciales rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si la organización de revisión independiente o la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales es negativa para todo o parte de lo que usted solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelaciones de Nivel 2.

<b>Sección 6.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?</b>
--------------------	--

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

### **Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura.**

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid por el que pagó, nos está pidiendo que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Si decimos que aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos por los servicios y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3.** Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

---

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

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>En esta sección, se le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Con fines de simplificación, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse según lo escrito, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

### Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

#### Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitando que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitando que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitando el pago de un monto de costo compartido más bajo para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitando la aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

#### Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción al formulario”**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción al costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciamos a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un menor costo compartido. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, pagará la cantidad más baja.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

#### Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el/los nivel(es) de costo compartido más bajo(s) no funcionen tan bien para usted o sea posible que causen una reacción adversa u otro daño.

#### Podemos proporcionar una respuesta afirmativa o negativa con respecto a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

### Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

#### Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

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

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman dentro de las **24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”.***

**Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con estas características:
  - Que explique que usaremos los plazos estándar.
  - Que explique que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Que le informe cómo puede presentar una “reclamación rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamación dentro de las 24 horas de recibida.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS o en el formulario de nuestro plan, los que están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo postal una declaración por escrito, si es necesario.

### **Paso 3: Analizamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

#### ***Plazos para una “decisión de cobertura rápida”***

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### ***Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no recibió***

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

### ***Fechas límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.**

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### **Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

#### **Términos legales**

Efectuar una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **“redeterminación”** del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

### **Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.**

***Una “apelación estándar” generalmente se presenta dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si es necesario debido a su estado de salud, solicite una “apelación rápida”.***

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida.”**

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-665-7924.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presenta su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

### **Paso 3: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

### ***Fechas límite para una "apelación rápida"***

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Fechas límite para una apelación "estándar" sobre un medicamento que aún no recibió***

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### ***Fechas límite para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.**

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

### Términos legales

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se denomina "**IRE**" (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación "en riesgo" en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de caso.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

#### ***Fechas límite para una "apelación rápida"***

- Si es necesario debido a su estado de salud, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización acepta proporcionarle una "apelación rápida", la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

#### ***Fechas límite para una "apelación estándar"***

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

### **Paso 3: 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 proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

#### ***Para "apelaciones estándar":***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con estas características:

- Que explique su decisión.
- Que le notifique sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 será definitiva.
- Que le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

### **Paso 4:** Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje se encarga de la apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 8**      **Cómo solicitarnos que cubramos una estancia en un hospital para pacientes internados más prolongada si**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

---

Cuando se le ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar tras el alta.

- El día en que dejará el hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Cuando se decida su fecha de alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo dirán.
- Si considera que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia más prolongada en el hospital y su solicitud se analizará.

<b>Sección 8.1</b>	<b>Durante su estancia en un hospital para pacientes internados, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos</b>
--------------------	--

Dentro de los dos días posteriores a la admisión en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica lo siguiente:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

### 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el avis.
- Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.

### 3. Conserve su copia del aviso a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que se programe el alta hospitalaria.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

#### Sección 8.2

#### Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, deberá realizar esa solicitud a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación.** Verifica si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta hospitalaria de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.**

### ***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O bien, 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 con rapidez:***

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes** de dejar el hospital y, **a más tardar, a la medianoche del día del alta hospitalaria.**
  - Si cumple con esta fecha límite, puede permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin pagar por ello** mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
  - Si **no** cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aun así desea apelar, deberá presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso Detallado del Alta**. Este aviso le indicará la fecha de alta planificada y le explicará en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un ejemplo del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

### **Paso 2: 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 considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informaran sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Esta notificación también le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

**Paso 3:** En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

### *¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?*

- Si la organización de revisión dice que sí, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

### *¿Qué sucede si la respuesta es negativa?*

- Si la organización de revisión dice que no, está indicando que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día después** de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

**Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

### **Sección 8.3**

#### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a examinar la decisión en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Paso 1: 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 calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

### **Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### ***Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte 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 continuar proporcionando cobertura para su atención en el hospital para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### ***Si la organización de revisión da una respuesta negativa:***

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3,

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2

- Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje se encarga de la apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones

<b>Sección 8.4</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " <b>apelación acelerada</b> ".
--

### Puede apelar ante nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar la apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

### Paso a paso: Cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- **Solicite una "revisión rápida".** Esto significa solicitar que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

#### **Paso 2: Realizamos una revisión "rápida" de su fecha de alta planificada, verificando si era médicamente adecuada.**

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y si siguió todas las normas



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.**

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar los costos completos** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones de manera automática.**

#### **Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2**

<b>Términos legales</b>
-------------------------

El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. A veces se denomina “ <b>IRE</b> ” (Independent Review Entity).
--

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan ni tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Enviaremos su caso a la organización de revisión independiente de manera automática.**

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede presentar una reclamación. La **Sección 11** de este capítulo explica cómo presentar una reclamación).

### **Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsemos o el tiempo que continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
  - La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

### **Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza la apelación, usted elige si desea seguir adelante con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.
- La **Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)****SECCIÓN 9      Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto**

**Sección 9.1      Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)**

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.**

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

**Sección 9.2      Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura**

**Términos legales**

**“Aviso de no cobertura de Medicare”.** Le informa cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”.** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice lo siguiente:
  - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Cómo solicitar una “apelación de vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

**2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención

<b>Sección 9.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo</b>
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión acelerada. Debe actuar con rapidez.**

### ***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, 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 con rapidez:***

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

### ***Su fecha límite para comunicarse con esta organización.***

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

Términos legales
<p><b>“Explicación detallada de no cobertura”.</b> Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.</p>

### ***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

**Paso 3:** En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

### *¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?*

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

### *¿Qué sucede si los revisores dicen que no?*

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que finalice su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

**Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 **y** usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede presentar una apelación del Nivel 2.

#### **Sección 9.4**

#### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo**

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a examinar la decisión en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría.

### **Paso 1: 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** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

### **Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: En un plazo de 14 días después de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### ***¿Qué sucede si la organización de revisión da una respuesta positiva?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### ***¿Qué sucede si la organización de revisión da una respuesta negativa?***

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### **Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir adelante con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje se encarga de la apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.5</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

### **Puede apelar ante nosotros en su lugar**

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de comenzar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar la apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

### **Paso a paso: Cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1**

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " <b>apelación acelerada</b> ".

### **Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa solicitar que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 contiene información de contacto.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

### **Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que recibía.

### **Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.**

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esa atención usted mismo.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

Términos legales
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ”. A veces se denomina “ <b>IRE</b> ” (Independent Review Entity).

### **Paso a paso: Proceso de apelación alterna de Nivel 2**

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe cambiarse. **La organización de revisión independiente es una**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

**organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para cumplir la función de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Enviaremos su caso a la organización de revisión independiente de manera automática.**

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede presentar una reclamación. La **Sección 11** de este capítulo explica cómo presentar una reclamación).

### **Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsemos o el tiempo que continuemos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
  - La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir adelante con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

- En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje revisa la apelación. La **Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### SECCIÓN 10      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y siguientes

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico objeto de la apelación alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede volver a apelar. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3      Un juez o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado de arbitraje.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con sus documentos adjuntos. Podemos

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

### Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación está relacionada con servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

### Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento objeto de la apelación alcanza ciertos montos mínimos, es posible que pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede volver a apelar. La respuesta escrita que recibirá a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3** Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

---

- realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación podría o no haber finalizado.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación podría o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, la notificación le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### SECCIÓN 11 **Cómo presentar una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

#### Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se gestionan mediante el proceso de reclamaciones?**

El proceso de reclamaciones se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son algunos ejemplos de los tipos de problemas gestionados a través del proceso de reclamaciones.

Reclamación	Ejemplo
<b>Calidad de la atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de la privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, un servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿Está disconforme con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP?</li> <li>• ¿Siente que se lo alienta a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado? ¿O con nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP u algún otro miembro del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o conseguir una receta</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Reclamación	Ejemplo
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Todos estos tipos de reclamaciones están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede formular una reclamación por nuestra lentitud. Los siguientes son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y la rechazamos, puede presentar una reclamación.</li> <li>• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una reclamación.</li> <li>• Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una reclamación.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una reclamación.</li> </ul>

### Sección 11.2 Cómo presentar una reclamación

#### Términos legales

- Una “**reclamación**” también se denomina “**queja**”.
- “**Presentar una reclamación**” también se denomina “**presentar una queja**”.
- “**Utilizar el proceso para las reclamaciones**” es también “**utilizar el proceso para presentar una queja**”.
- Una “**reclamación rápida**” también se denomina una “**queja acelerada**”.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

### Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una reclamación

#### **Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.** Si debe hacer algo más, el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP se lo informará.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede poner su reclamación por escrito y enviárnosla. Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a su reclamación por escrito.
- [Insertar la descripción de los procedimientos (incluidos los plazos) y las instrucciones sobre lo que los afiliados deben hacer si desean usar el proceso para presentar una reclamación. Describir los plazos de quejas urgentes para las quejas sobre decisiones de no llevar a cabo determinaciones de organización/cobertura urgentes o reconsideraciones/redeterminación].
- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP de inmediato.** Puede presentar la reclamación en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

#### **Paso 2: Examinamos su reclamación y le damos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si realiza la reclamación por teléfono, es posible que le respondamos en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si formula una reclamación porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, le daremos una “reclamación rápida” de manera automática.** Si tiene una “reclamación rápida”, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su reclamación o no asumimos la responsabilidad por el problema por el cual reclama, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**

---

**Sección 11.4 También puede presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad**

Cuando su reclamación se refiere a la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamación directamente ante 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 atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

- **Puede presentar su reclamación ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamación**

Puede presentar una reclamación sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el  
plan*

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan**

---

La finalización de su membresía en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar el programa, pero estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5, se le informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

---

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

---

<b>Sección 2.1      Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid</b>
--

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar el siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede usar este Período de Inscripción Especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de

## Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

---

Inscripción Anual. En la Sección 2.2, se le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
  - Original Medicare sin un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados “acreditable” por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual</b>
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también denominado “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de medicamentos y de salud y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

*O BIEN*

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

**Si recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage usted puede hacer lo siguiente:**
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.4</b>	<b>En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial</b>
--------------------	--

En ciertas situaciones, usted puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, **puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial**. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid de Nueva York.
- Si es elegible para recibir “Asistencia Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si violamos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en Programas de Atención Integral para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Aviso:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

**Aviso:** En la Sección 2.1, se le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

*O BIEN*

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

**Si recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con**

**receta:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

**Por lo general, su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

**Aviso:** En las Secciones 2.1 y 2.2, hay más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Asistencia Adicional.

<b>Sección 2.5</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.**
- Encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2023.**
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).



**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan****SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?**

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

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a uno de estos:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.</li> <li>• Su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.</li> <li>• Su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a uno de estos:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.</li> <li>○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.</b> Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li> <li>● También puede comunicarse con <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>● Se cancelará su inscripción en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba 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 de Medicaid de Nueva York, comuníquese con el programa Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Puede encontrar información de contacto adicional en la Sección 6 del Capítulo 2. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Nueva York.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

---

**SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su membresía en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

---

**SECCIÓN 5 MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
---

**MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan continuará cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de hasta tres (3) meses si pierde la elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de que nos enteremos de su pérdida de elegibilidad y se lo comunicamos. Si al final del período de gracia de tres (3) meses usted no ha recuperado Medicaid y no se ha inscrito en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se le volverá a inscribir en Original Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para averiguar si el lugar al que se muda o a donde viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si le detienen (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindar atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 3 meses calendario.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si debe pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Nosotros <u>no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u></b>
--------------------	--

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si considera que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas al día, los 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## *Avisos legales*

---

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

---

**SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable**

---

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

---

**SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación**

---

**No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma que se aplican por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Si tiene una reclamación, como, por ejemplo, un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP 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 cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las regulaciones de los CMS en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR),

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

Secciones 422.108 y 423.462, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce en virtud de las regulaciones de los CMS en las Subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.



# CAPÍTULO 12:

*Definiciones de palabras importantes*

**Afiliado (afiliado a nuestro plan o “afiliado del plan”):** Una persona que cuenta con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**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 atención médica o medicamentos con receta, o el pago por 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.

**Área de servicio:** Área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Asistencia 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 primas, deducibles y coseguros.

**Asistente de atención médica en el hogar:** Una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

**Atención de custodia:** La atención de custodia es la atención personal que se brinda en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, brindada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas oftálmicas. Medicare no paga la atención de custodia.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que son (1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados en forma continua, todos los

días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo las puede administrar un médico o personal de enfermería registrado.

**Autorización previa:** Aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Cancelación de la inscripción:** El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

**Cantidad máxima de gastos de bolsillo:** La cantidad máxima de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que usted paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ninguna cantidad máxima de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Aviso:** Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este gasto de bolsillo máximo).

**Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos (IRMAA):** Si su ingreso bruto ajustado modificado según se informa en su declaración de impuestos del Servicio Interno de Impuestos (IRS) de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y una Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos, también denominada IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

**Centro de Servicios a los Afiliados de MVP:** Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

**Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF):** Un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**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.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** La agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura de medicamentos recetados acreditable:** Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** Seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** Una cantidad que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

**Coseguro:** Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado en porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

**Costo compartido:** El costo compartido se refiere a las cantidades que un afiliado tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (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 requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

**Costos de bolsillo:** Consulte la definición de "costos compartidos" más arriba. El requisito de costos compartidos de un afiliado de pagar una parte de los servicios o

medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos “de bolsillo” del afiliado.

**Deducible:** la cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Determinación de cobertura:** Una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

**Determinación integrada de la organización:** Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Emergencia:** Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro, o la pérdida de la función de un miembro, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Equipo médico duradero (DME):** Cierta equipo médico que su médico solicita por motivos médicos. Entre los ejemplos se incluyen 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 su uso en el hogar.

**Estancia como paciente internado en un hospital:** Una estancia en un hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios

médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un “paciente ambulatorio”.

**Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica:** La etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Etapa de Cobertura Inicial:** Esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado los \$4,660.

**Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

**Excepción:** Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción a la lista de medicamentos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

**Facturación de saldo:** Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto del costo compartido permitido por el plan. Como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturan el saldo” o le cobren de otro modo más que el monto del costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

**Farmacia de la red:** Una farmacia que contrata con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Hospicio:** Un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue estando afiliado a nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Indicación médicamente aceptada:** Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

**Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI):** Un beneficio mensual pagado por el seguro social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del seguro social.

**Límite de cobertura inicial:** El límite máximo de cobertura en virtud de la Etapa de Cobertura Inicial

**Límites de cantidad:** Herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"):** Una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Médicamente necesario:** Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicamento de marca:** un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y

vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

**Medicamento genérico:** Un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

**Medicamentos cubiertos:** Término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

**Medicare:** El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** Un monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Asistencia Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

**Nivel de costos compartidos:** Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de los costos compartidos, más alto será su costo del medicamento.

**Organización para la Mejora de la Calidad (QIO):** Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

**Original Medicare** (“Medicare Tradicional” o “Pago por servicio” de Medicare): Original Medicare 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 Original Medicare, los



servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) están disponibles en todas partes en los Estados Unidos.

**Parte C:** Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

**Parte D:** El Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare.

**Período de beneficios:** La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un 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 en el hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

**Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage:** El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los afiliados a un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage, o bien obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

**Período de Inscripción Inicial:** Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible 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 el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

**Persona con doble elegibilidad:** Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Plan de Costos de Medicare:** Un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la Sección 1876(h) de la Ley.

**Plan de Necesidades Especiales:** Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del afiliado generalmente serán mayores cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Plan de PACE:** Un plan de PACE (Programas de Atención Integral para Ancianos) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

**Plan de salud de Medicare:** Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar 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 Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

**Plan Institucional de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP):** Un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals

with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare, o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan Institucional de Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

**Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP):** Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en una institución de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si es necesario, para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

**Plan Medicare Advantage (MA):** A veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Management Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage; también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

**Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare):** Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir “brechas” en

Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de medicamentos recetados o de salud.

**Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare:** Un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los afiliados de la Parte D que han alcanzado la Etapa de Período sin Cobertura y que aún no reciben "Asistencia Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de fármacos.

**Proveedor de Cuidado Primario (PCP):** El médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red:** "Proveedor" es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. 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 proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para la coordinación o la prestación de servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad de nuestro plan ni están operados por nuestro plan.

**Queja integrada:** Un tipo de reclamación que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una reclamación sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

**Reclamación:** El nombre formal para "presentar una reclamación" es "presentar una queja". El proceso de reclamaciones se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamaciones si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

**Servicios cubiertos:** Término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que están cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la visión, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediata y médicamente necesarios.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** Consulte "Asistencia Adicional".

**Tarifa de dispensación:** Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

**Tarifa diaria de costos compartidos:** Puede aplicarse una "tarifa diaria de costos compartidos" cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro para un mes de su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costos compartidos" es \$1 por día.

**Terapia escalonada:** Una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

## Centro de Servicios a los Afiliados de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

Método	Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
<b>FAX</b>	585-327-2298
<b>ESCRIBA A</b>	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 220 Alexander Street Rochester, NY 14607
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a>

## Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York)

El **Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP)** es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York)
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBA A	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección del HIICAP o de su asesor local del SHIP.
SITIO WEB	<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>



**Declaración de divulgación PRA** de conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.