



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de Medicare Health y su cobertura de medicamentos recetados como afiliado de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados y de atención médica de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **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/Atención del Cliente de MVP al 1-866-954-1872. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llame de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 31 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, MVP DualAccess (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 (HMO D-SNP).

MVP Healthcare proporciona servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como documentos en otros idiomas, letra grande o puede solicitar un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 para obtener información adicional. Las llamadas a este número son gratuitas.

El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.

Los beneficios y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2025.

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:

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Evidencia de cobertura 2025**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Introducción como afiliado</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MVP DualAccess (HMO D-SNP).....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de MVP DualAccess (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP en el plan).....	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad.....	25
SECCIÓN 5 Seguro Social	26
SECCIÓN 6 Medicaid	26
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	27
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	29
CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	31
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica y otros servicios como afiliado a nuestro plan.....	32
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	34
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre	38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?.....	40
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica?.....	41

Índice

SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa de atención de la salud no médica	43
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	44
CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)		46
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos	47
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará usted.....	48
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de MVP DualAccess (HMO D-SNP)?	94
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	94
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....		99
SECCIÓN 1	Introducción	101
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	101
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	105
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos	107
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera?	108
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	110
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	113
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	114
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	114
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	116
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.	119
CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.....		121
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		123
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus medicamentos o servicios cubiertos.....	124
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido	126
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	127

CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	129
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como afiliado del plan.....	130
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	136
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)</i>	138
SECCIÓN 1 Introducción	139
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	140
SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar?	140
SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.....	141
SECCIÓN 5 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	142
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	146
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	156
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	166
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	171
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes.....	176
SECCIÓN 11 Cómo formular una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	179
SECCIÓN 12 Manejo de problemas referidos a sus beneficios de Medicaid	182
CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>	184
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	185
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	185
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	188
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	191
SECCIÓN 5 MVP DualAccess (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	191
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	193
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable	194
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	194

Índice

SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	194
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	195

CAPÍTULO 1:

Introducción como afiliado

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en MVP DualAccess (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	--

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 y de atención a largo plazo para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted 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 con receta de Medicare a través de nuestro plan, MVP DualAccess (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

MVP DualAccess (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 especiales de atención médica. MVP DualAccess (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 (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.

MVP DualAccess (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, 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

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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 para obtener más información.

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

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta de Medicare. 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 (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 (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*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en MVP DualAccess (HMO D-SNP) entre el 1.º de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

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 2.2 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.
- 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 Medicare y Medicaid.

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). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales 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

Capítulo 1: Introducción como afiliado

costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). 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.

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

MVP DualAccess (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 Nueva York: Albany, Columbia, Dutchess, Greene, Monroe, Orange, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster y Westchester.

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza 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. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos 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 de los EE. UU. o presencia legal
--------------------	---

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) notificarán a MVP DualAccess (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un miembro de este modo. MVP DualAccess (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. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de MVP DualAccess (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 actuales. **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.

Debe usar proveedores de la red para obtener 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 (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en mvphealthcare.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o copia impresa) al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP. Las solicitudes de Directorios de proveedores en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

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 de nuestro 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.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP DualAccess (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 (HMO D-SNP).

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

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) o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

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

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Capítulo 1: Introducción como afiliado

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**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 miembros de MVP DualAccess (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.

Sección 4.3 Penalización 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 a usted siempre que mantenga su condición de doblemente elegible, pero, si pierde su condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en 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.

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). 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 puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **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.
 - **Aviso:** Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos con receta 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 la nación desde el año anterior. Para 2025, esta cantidad promedio de la prima fue de \$36.78. Esta cantidad puede cambiar en 2026.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % por \$36.78, lo que equivale a \$5.14. Esto se redondea a \$5.10. 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

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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

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.º de enero.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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

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

Puede obtener más información sobre el programa Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

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.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- 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 o pareja de hecho, compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- 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)

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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

También es importante que se comunique 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 no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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 o pareja de hecho aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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 (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP en el plan)

Cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamos, facturación o tarjeta de afiliado, llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o MVP DualAccess (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: Información de contacto
LLAME AL	1-866-954-1872 Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.
FAX	1-585-327-2298
ESCRIBA A	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
SITIO WEB	mvphealthcare.com

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 hemos tomado. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica o 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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	1-866-954-1872 Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.
ESCRIBA A	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
SITIO WEB	mvphealthcare.com

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]*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Reclamaciones sobre la atención médica: Información de contacto
LLAME AL	1-866-954-1872 Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.
ESCRIBIR	MVP Health Care: Departamento de Apelaciones de Miembros PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una reclamación sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o 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>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
ESCRIBA A	<p>MVP Health Care PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>
SITIO WEB	mvphealthcare.com

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>Medicare.gov</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"> • Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare • Buscador de Planes de Medicare: 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 gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier reclamación que tenga sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su reclamación: Puede presentar una reclamación sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamaciones con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Método Información de contacto de Medicare**

Si no tiene una computadora, es posible que su biblioteca local o centro para personas mayores pueda ayudarlo 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).

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 (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 ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamaciones sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.
- Haga clic en Hablar con alguien en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción 1: Puede tener un chat en directo con un representante de 1-800-MEDICARE.
 - Opción 2: Puede seleccionar su ESTADO en el menú desplegable y hacer clic en IR. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): Información de contacto
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	aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. 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 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.

Método	Livanta BFCC-QIO, Región 2 (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	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.
TTY	1-866-868-2289 De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	livantaqio.com/en

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

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en 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 no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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 informar dichos cambios.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Método	Programa Medicaid de Nueva York: Información de contacto
LLAME AL	1-800-541-2831

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa Medicaid de Nueva York: Información de contacto
ESCRIBA A	New York State DOH Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

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.

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

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
LLAME AL	1-855-582-6769
ESCRIBA A	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
SITIO WEB	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/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, 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 “Ayuda 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; atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al monto de costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Envíe una carta a MVP Health Care, MVP Member Services/Customer Care Center, 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604, en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda 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 el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos 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 Ayuda adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?**

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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 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 encargado local de inscripción del ADAP para que pueda 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 del VIH para No Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros. Esta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica en cada estado en el que prestamos servicios: En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Program, EPIC).

Método	EPIC (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 am a 5 pm, hora del Este.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	www.health.state.ny.us/health_care/epic

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm, los miércoles.</p> <p>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.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</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 <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>rrb.gov/</p>

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener su 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. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

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

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

- **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 de manera directa 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.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, MVP DualAccess (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 (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

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

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 o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden 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. Es necesario 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 más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda 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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención
--

¿Qué es un “PCP” y qué hace 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 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**. 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 usando 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**. Una vez que

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

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.

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

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 proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no sea razonable, dados su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención del cliente 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.

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

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:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer.

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

- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de ortopedistas para 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 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.
- Le notificaremos si su proveedor abandona nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado al proveedor, recibe actualmente atención de ese proveedor o lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.

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

- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere una autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no 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.

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

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.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica
--

¿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 del 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 de los Estados Unidos o sus territorios, 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 el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare aparecen al dorso de su tarjeta de ID.

¿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

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

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).

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

¿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 proporcionados 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

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

manual. Nuestro plan NO cubre ningún servicio que no sea de urgencia ni de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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/ 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 su parte por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por 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 (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.

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 máximo de gastos de desembolso personal 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 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 solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

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. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga la aprobación 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. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de excepción con dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

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

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

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

Una vez que se 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:

- 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 cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

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

- Artículos y servicios que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación sin cargo para cualquier afiliado en el estudio.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a 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). 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 médica 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 **no exceptuado**.

- El tratamiento o la atención médica **no exceptuados** se refiere a cualquier tratamiento o atención médica que sea *voluntario y no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** 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.

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.

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

- 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 estadía no estará cubierta.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

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

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 (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 DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del 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.

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

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 (HMO D-SNP) cubrirá:

- 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 (HMO D-SNP) o ya no requiere médicamente equipo de oxígeno, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

¿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 une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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 a MVP DualAccess (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.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

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).

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?
--

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 desembolso personal 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 la Parte A y la Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, esta cantidad es de \$9,350.

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. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal. Estos servicios se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de desembolso personal de \$9,350, 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).

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como afiliado del plan
--

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que MVP DualAccess (HMO D-SNP) cubre y lo que usted paga como desembolso personal por cada servicio. La cobertura para medicamentos con receta 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 deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- 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 medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el nuevo plan de MA no requiera autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de 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 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 puede cubrir servicios que Medicare no cubre, como servicios de atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y 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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2025*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- 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 período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de otro modo si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

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 personas inscritas que reúnen los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila VBID en la Tabla de beneficios médicos a continuación.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.


Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de su médico, asistente médico, personal de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>




Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</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"> • Dura 12 semanas o más; • 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.); • no está asociado con la cirugía; • no está asociado con el embarazo. <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>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"> • 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). • 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. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y</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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la afección del miembro 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. 	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>Cubrimos un examen físico de rutina por año calendario. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de diagnóstico o de laboratorio realizada durante su visita, según se describe para cada servicio separado en el Cuadro de Beneficios Médicos.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico de rutina anual.
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Aviso: 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 necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Densitometría ósea</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 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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con un orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o 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> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la espina para corregir una subluxación • La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta 	<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)**Servicios que están cubiertos para usted****Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios** **Prueba de detección de cáncer colorrectal**

Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:

- La colonoscopia no tiene un límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección anterior.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- ADN en materia fecal multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y a 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.
- Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y de 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.




Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico, y usted paga \$0.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Atención dental preventiva: (Exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías, otros servicios dentales preventivos)</p> <p>Servicios dentales integrales: (Servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, prótesis maxilofaciales, servicios de implante, cirugía bucal y maxilofacial, servicios generales complementarios)</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales deben ser proporcionados por un dentista de la red. Se aplican limitaciones al servicio según el programa de tarifas establecido, incluido el tipo de servicio, el número y la frecuencia. Es posible que se requiera autorización previa según el servicio. Si acude a un odontólogo que no participa en la red, usted será responsable del 100 % del costo de los servicios facturados</p> <p>Si tiene preguntas sobre la cobertura, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención del Cliente de MVP</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de depresión</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 se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación de autogestión de la diabetes, servicios y suministros diabéticos</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"> • 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. • 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones • 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 	<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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>de tiras reactivas de fabricantes no preferidos no están cubiertos a menos que exista una autorización previa de MVP</p>	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</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 trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Para ver la lista más reciente de proveedores, utilice la herramienta Find a Doctor en nuestro sitio web visitando mvphealthcare.com/find-care.</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 hogar, y soportes hechos de material elástico u otro material elástico. Para ver o descargar la lista completa de artículos no cubiertos, visite mvphealthcare.com/members/medicare, luego haga clic en Forms/Resources (Formularios/recursos) y en Claims & Reimbursement Forms (Formularios de reclamos y reembolsos). Además, puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</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 (HMO D-SNP) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MVP DualAccess (HMO D-SNP) es de \$0.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]).</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>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia <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 el 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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar físico</p> <p>Programas Living Well: 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>Membresía SilverSneakers®: 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 participantes¹. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas². En las sucursales participantes de todo el país¹, puede tomar clases² 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 GetSetUp³, 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 8:00 am a 8:00 pm, hora del Este.</p> <p>Siempre consulte a su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las sucursales 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 los servicios varían según la PL. 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. 	<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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>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.</p> <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>Administración de la atención: Nuestros programas de administración de la atención pueden ayudarle a mantener su salud con afecciones crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y cáncer.</p> <p>Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana: Disponible los 7 días de la semana para responder sus preguntas médicas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de administración de la atención ni para la Línea de Asesoramiento de Enfermeros 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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición</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>Examen de audición</p> <p>1 examen de audición de rutina por año</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos (uno por oído cada 3 años). El beneficio se limita a un formulario limitado de audífonos de los principales fabricantes (el “Formulario del DSNP”). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-855-544-7163 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes de oído 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>El beneficio se limita a un máximo de \$2,000 por 3 años calendario.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</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"> • Artritis reumatoide u osteoartritis <p>Los clientes deben tener una autorización previa o haberse sometido a un reemplazo articular dentro del año del plan con un diagnóstico de artritis reumatoide u osteoartritis, puede recibir un kit de cuidado personalizado con artículos como pinza alcanza objetos, calzador, alfombra antideslizante para baño, cordones para zapatos alternativos, cordones diseñados para aquellos con necesidades especiales, calzador y esponja de mango largo para ducha a través de nuestro proveedor contratado autorizado.</p>	<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>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de selección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica en el hogar</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"> • 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) • Terapia física, ocupacional y del habla • Servicios sociales y médicos • Suministros y equipos médicos 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la atención de una agencia de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Terapia de infusión en el hogar</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"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • 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 <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</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>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio</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 ayudarlo 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"> • Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <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"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red • 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) 	<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 MVP DualAccess (HMO D-SNP).</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta y atención de hospicio.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por MVP DualAccess (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare: MVP DualAccess (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 del costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: 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.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p>Aviso: 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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <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 se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</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"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos operativos y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. 	<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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios para trastorno por consumo de sustancias en pacientes internados• 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 (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 correspondientes para usted y un acompañante.	


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada• Servicios médicos. <p>Aviso: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. 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 externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa de MVP.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Estancia como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</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 (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • 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 	<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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Terapia física, del habla y ocupacional <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Comidas</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>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Copago de \$0 para comidas entregadas a domicilio después del alta hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</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 se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="181 296 1039 401"> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p data-bbox="181 401 1039 548">Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <ul data-bbox="181 548 1039 804" style="list-style-type: none"><li data-bbox="181 548 1039 804">• El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	<p data-bbox="1039 296 1443 495">No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**

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:

- 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
- Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamente necesaria)
- Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada
- Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está

No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí

- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de este plazo, o como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas
- Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre
- Medicamentos calcimiméticos en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento por vía oral Sensipar®
- Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta)
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)


La terapia escalonada puede aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada

<https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/prescription-drug-coverage>.

También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si 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>Servicios de programas para el tratamiento por consumo de opiáceos</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"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros para técnicos• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones• Análisis de laboratorio• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</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>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</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 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>Aviso: 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 <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</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"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • 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 • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados fármacos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p> <p>Aviso: 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 <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i></p> <p>Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia, terapeuta de pareja y familia con licencia, 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>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</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 externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para trastorno por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios</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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Aviso: 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</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>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Cobertura complementaria de venta libre (OTC)</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"> • Pasta dental • Gotas para los ojos • Aerosol nasal • Vitaminas • Gotas para la tos • Analgésicos • Antiácidos • Artículos de primeros auxilios • Y más... <p>Estas son las maneras de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en comercios minoristas participantes. • Llame al 1-833-SHOP-OTC (1-833-746-7682) TTY: 711 de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora estándar del este, para realizar un pedido. Seleccione los artículos del catálogo de OTC. Tenga a mano los nombres de sus 	<p>Este plan cubre ciertos medicamentos de venta libre, sin receta y aprobados, y artículos relacionados con la salud, hasta \$150 cada mes.</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente mes.</p> <p>La asignación mensual es un beneficio combinado con los Beneficios Adicionales del VBID: alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida.</p> <p>Consulte “Plan de diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) – Tarjeta de beneficios flexibles para alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida” en esta sección para obtener más información.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>productos, el número de tarjeta de beneficios de OTC y la información de entrega.</p> <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. Es posible que ciertas marcas específicas no estén disponibles y que las cantidades sean limitadas o restringidas. Después de que el Plan haya pagado los beneficios de OTC, usted es responsable del costo restante.</p> <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>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta profesional familiar y matrimonial (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos servicios de emergencia/posteriores a la estabilización, servicios de urgencia, sesiones individuales para servicios de salud mental y psiquiatría especializados y consulta nutricional. • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • 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. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. • Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos/profesionales médicos cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de telesalud.</p>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">• No es un paciente nuevo y• El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y• El control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible• 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 <u>si cumple todas estas condiciones:</u><ul style="list-style-type: none">• No es un paciente nuevo y• la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana.• Consulta con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.• 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).	
<p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones de talón) • Cuidado de los pies de rutina para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, además de: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos 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>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</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>
<p> Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, 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 se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</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>Los afiliados elegibles son: 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 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 poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o 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>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</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 dos 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>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida • 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) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • 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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad renal.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)</p> <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>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (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"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, ocupacional y del habla • 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) • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas proporcionados normalmente por los SNF 	<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 por más de 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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico/profesional <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 pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • Un SNF en el que su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted va a dejar el hospital <p>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</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 tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La SET (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una derivación 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"> • 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 • Realizarse en un entorno para pacientes ambulatorios del hospital o en el consultorio del médico • 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 • 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 <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	<p>No 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)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte (que no sean de emergencia)</p> <p>Este plan cubre el transporte (que no sea de emergencia) que no cubre Original Medicare.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</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>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>Los viajes deben programarse a través del proveedor aprobado del plan.</p> <p>Máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año calendario.</p> <p>Límite de 30 millas por viaje.</p> <p>Este beneficio no debe utilizarse para situaciones de emergencia. Para traslados de emergencia: Consulte la sección Ambulancia.</p> <p>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).</p> <p>El transporte adicional (que no sea de emergencia) puede estar cubierto de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.</p>	<p>Usted paga \$0 por viaje de ida a un lugar aprobado por MVP.</p> <p>Llame a American Logistics al 1-855-923-4125 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. o comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP (números y horarios al dorso de este manual).</p>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan, pero no es razonable, dados su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>Tiene cobertura para la atención de urgencia en todo el mundo. 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>


Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID)</p> <p>Los afiliados que califican para la “Ayuda adicional” son elegibles para la tarjeta de beneficios flexibles de alimentos y productos agrícolas y apoyos generales para la vida. La asignación se puede utilizar para la compra de alimentos y productos agrícolas a través del proveedor o tienda minorista que el plan aprobó o para pagos de servicios públicos para electricidad, agua, calefacción, Internet o teléfono. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro.</p> <p>Las maneras de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios en comercios minoristas participantes. • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia de los Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), las 24 horas, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. <p>Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP.</p>	<p>Los miembros elegibles reciben una asignación todos los meses que se puede utilizar para artículos cubiertos.</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente mes.</p> <p>La asignación mensual es un beneficio combinado con la asignación mensual para medicamentos de venta libre (OTC).</p> <p>Consulte “Cobertura complementaria de artículos de venta libre (OTC)” en esta sección para obtener más información.</p>
<p><i>Medicare aprobó a MVP Health Plan, Inc. para proporcionar estos beneficios como parte del Programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.</i></p>	

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • 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). • 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. • 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. 	<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> <p>Cualquier cantidad que pague por anteojos complementarios no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: 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>

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

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por MVP DualAccess (HMO D-SNP)

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 (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

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

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones. • 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.
<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>	No están cubiertos bajo ninguna condición	
<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>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cargos cobrados por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Entrega de comidas a domicilio.		<ul style="list-style-type: none"> 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.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Atención dental que no es de rutina		<ul style="list-style-type: none"> La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> 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.

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Artículos de venta libre (OTC)		<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección de artículos de venta libre (OTC) en el cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	No están cubiertos bajo ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la espina vertebral para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		<ul style="list-style-type: none"> • Consulte la sección de servicios dentales del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		<ul style="list-style-type: none"> • El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado de los pies de rutina		<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona cierta cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		<ul style="list-style-type: none">• Consulte la sección de servicios de audición del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	No están cubiertos bajo ninguna condición	

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?

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del 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.)

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

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.

Sección 1.1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

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.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O bien, puede surtir su receta a través del servicio de pedido 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 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

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

Sección 2.1	Use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------

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).

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿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, o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de 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.

¿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 proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame 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

Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar 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 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.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 14 días.

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 inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

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

Si usó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros contactando a CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

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

Resurtidos de recetas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 15 días antes de su receta actual se acabe para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

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 aquellos que toma con regularidad para una afección 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. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿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 ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

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 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de Medicamentos 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 medicamento se usa para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones específicas que cubren.

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se

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

denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y generalmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

¿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).

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?
--------------------	---

Tiene 4 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta que la Lista de Medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros afiliados utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos 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). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.

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

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.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (visite [Caremark.com](https://www.caremark.com), haga clic en el botón “Registrarse” y siga las instrucciones para inscribirse o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

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

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 sus proveedores 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).

Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?
--------------------	-------------------------------------

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

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 pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Ver Capítulo 9)

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

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 hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. 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**.

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?

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

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 se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo 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**

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

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

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 que retire 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 consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando ya no **debe estar en la Lista de medicamentos 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:**
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

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

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

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

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 solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene 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 puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si actualmente es miembro y un medicamento que está tomando se va a eliminar del formulario o se va a restringir de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1.º 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.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

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

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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

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. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podríamos hacer en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año actual del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos retirando o haciendo cambios. Si está tomando el medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le diremos acerca de los cambios específicos que hicimos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferirlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

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

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer 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 hacer cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona que le receta el medicamento sobre las opciones que serían más adecuadas para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que extienda la receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año actual 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.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos 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

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

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.º 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?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

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

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 cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso solo no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. 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.

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)

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

- 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
- 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 comprendan exclusivamente al fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted 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 o puede pedir a la farmacia que busque la información de la inscripción en su plan.

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 el Capítulo 7, Sección 2, 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 estadía 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

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

su estancia. Una vez que deja el hospital o centro de enfermería 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 también obtiene cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado?

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

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

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos 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, laxantes, 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.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

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 en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de 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

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

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

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 llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos que le recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos que le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta podría no ser 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 benzodiacepinas en una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de un determinado médico que receta
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos con benzodiacepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos que le prescriben 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 en la que se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión 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 nueva 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.

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.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 10.3 Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

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 miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de medicamentos o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, 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.

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.

Sección 11.1 Le enviamos un resumen mensual denominado Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido 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 sus **costos 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 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 el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta.

Sección 11.2 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.

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

- **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 realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague 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 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.

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 si recibe “Asistencia Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?**

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del 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*.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo 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

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos: usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos 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, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado 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 debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de 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:

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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- 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 más 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos 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.

3. Si está inscrito 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 cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su 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 más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaría en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que 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):

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- 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).
 - El nombre completo y el número de identificación del plan de salud del paciente. o Códigos de HCPCS o CPT para el tipo de servicio prestado (p. ej., visita al consultorio, radiografía de tórax).
 - Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes internados o ambulatorios, consultorio) o 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** 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

**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.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago 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 en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	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, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como afiliado del plan

Sección 1.1 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.)

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 cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternos sin costo si la necesita. Debemos proporcionarle 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/Atención del cliente 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 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 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 dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos 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/Atención al cliente de MVP. 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.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos 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. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin un referido. No le exigimos que obtenga referidos 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**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 utiliza su información de 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 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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como afiliado al MVP DualAccess (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/Atención al cliente de MVP:

- **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.

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 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 utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer 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.
- **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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

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 queja), **debemos tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo 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.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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).
 - 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).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro 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, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- 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.
- **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 al recibir el servicio o el 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* del área de servicio de nuestro plan, 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 se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

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)*

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 reclamación

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamaciones**, también denominado quejas.

Medicare aprobó estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir 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 de la organización integrada 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 ayudarlo. 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 ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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 ayudarlo 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).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP.

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use el siguiente cuadro.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o Medicaid?

Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura **Medicaid**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?
-------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o queja es sobre sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

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.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 **Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una visión general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 una atención médica antes de que la 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.

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no se cubre o ya no está cubierta 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 y no se siente satisfecho con ella, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En 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, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, 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 rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para la atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho 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).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

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 puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado 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 o en nuestro sitio web en mvphealthcare.com). Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - 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.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente 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 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. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia. 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

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	--

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
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización 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 (*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 [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, 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 el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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

Sección 6.1	Esta sección 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
--------------------	---

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)*. 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 esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por el 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. **Presentar 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 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**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 calendario 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:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándares 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 estándares
 - 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 estándares.

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 podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si 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 decisiones de cobertura rápidas, 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 podría beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos 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.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

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

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. 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 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

Si le indicamos que íbamos a suspender o reducir los servicios o 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 este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

Paso 3: Analizamos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

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 solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario 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 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.

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 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 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 estándares, 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 apelación. 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 podría beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario 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. Cuando presente una reclamación rápida, le daremos una respuesta a su reclamación en 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre reclamaciones).
 - 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 a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si la respuesta de nuestro plan es negativa a una parte o la totalidad de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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. A continuación, también se brinda información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios del 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, por lo general, está cubierto solo 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 suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese 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.

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.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar 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 en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el 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 beneficiarlo, **puede**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **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 comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **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 estándares** 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 estándares,** 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 para lo siguiente:
 - Que explique su decisión

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con un mínimo determinado. 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
- Que le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: 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 la notificación 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 Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

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 la audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito 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**).

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 oficina de la audiencia imparcial rechazan la totalidad o parte

de lo que usted pidió, tiene **derechos adicionales de apelación**.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le 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.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, 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 debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de 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 decimos que aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o 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 la atención médica 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 una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- 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 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

Sección 7.1 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

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 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 normas, 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 una notificación 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:

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- Solicitando que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar el pago de una cantidad de costo compartido más baja para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitando la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- 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 ese

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

medicamento. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar 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 Lista de Medicamentos.

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 fármaco 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 de excepción, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión 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 en un plazo de **72 horas** después de recibida 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 estándares 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 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 estándares.
 - 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 *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los Centers for Medicare & Medicaid Services (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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 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.

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

- Generalmente 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.

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 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 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.

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 .

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días calendario. 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.

- **En el caso de las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** 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.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. 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. Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

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 seguimos todas las normas

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 6.6 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 que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o 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 estándares, 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 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a 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 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.

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 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.
- 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.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 estándares, 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 estándares:*
 - **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.
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

denomina **mantener la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- 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 continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos**

Dentro de los dos días calendario posteriores a la admisión en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada *Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo 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.
 - 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 la notificación 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 aviso.
 - Firmar la notificación *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** de la notificación 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 calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - 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 la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**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.**
- **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 llame al State Health Insurance Assistance Program, 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?

- La notificación 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 este plazo,** comuníquese con nosotros. Si 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)

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 indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba 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.

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.

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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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.

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**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación 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 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1	<i>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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)**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 una notificación por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 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.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

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 llame al State Health Insurance Assistance Program, 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 las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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?

- La notificación por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, todavía tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. 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.
- 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.

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, 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, **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 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 calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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, 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 están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de 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.

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 la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de 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 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes****Sección 10.1 Apelaciones de nivel 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 la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica 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 esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si 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 la atención médica 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.

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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de la audiencia imparcial le indicará lo que debe 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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

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 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.

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 11 **Cómo formular 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 utiliza 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
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?
Falta de respeto, un servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP? • ¿Siente que se lo alienta a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP u algún otro miembro del personal del plan lo hizo? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o conseguir una receta
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Reclamación	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de reclamaciones están relacionados con la <i>puntualidad</i> 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"> • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la rechazamos, puede presentar una reclamación. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una reclamación. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una reclamación. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una reclamación

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.
- Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que figura en el Capítulo 2. Intentaremos resolver su reclamación por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito o presenta una queja por escrito, o si su reclamación está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito en un plazo de 30 días. Si no podemos resolver su reclamación por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus reclamaciones. Lo denominamos procedimiento de queja.
- La **fecha límite** para presentar una reclamación es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por 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 para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos 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.

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:

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

- **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 los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su 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 queja sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, visite 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.

PROBLEMAS REFERIDOS A SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas referidos a sus beneficios de Medicaid

La mayoría de sus beneficios deberían estar cubiertos por su plan de beneficios de Medicare. Si hay beneficios que no están cubiertos por su plan de beneficios de Medicare, tendrá acceso a esos beneficios a través de su cobertura de Medicaid. Si tiene una inquietud o un problema referido a sus beneficios de Medicaid, puede comunicarse con la agencia estatal de Medicaid para revisar su queja. Puede encontrar la información de contacto de la agencia estatal de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2 Medicaid.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una reclamación (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Puede presentar una queja sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una reclamación ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*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 (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 no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar 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?

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, entre ellos:
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado;
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. (Si eligió esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente); o
 - si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Aviso: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿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.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

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**.
- **Elija 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:
 - 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.º 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**.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de adquisición del derecho.
- **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.
- **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.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	--

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):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid de Nueva York
- Si es elegible para Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en 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.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **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 su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre lo siguiente:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- - *U* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Aviso: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Asistencia Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.**
- Buscar la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- 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).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

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

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a uno de estos:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado

- 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.
 - 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.
- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - También puede comunicarse con **Medicare** 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.
 - Se cancelará su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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.

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

Hasta que finalice su membresía en MVP DualAccess(HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos 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 (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

MVP DualAccess (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. 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 comuniquemos. 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 del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, 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 es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos no es legal.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- 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.

¿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/Atención al Cliente de MVP.

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

MVP DualAccess (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 del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que 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.html>.

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 por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De conformidad con las regulaciones de los CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, MVP DualAccess (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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de 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.

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 (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 **facturen el saldo** o le cobren de otro modo más que el monto del costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

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 (skilled nursing facility, 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.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse con el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

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, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,000 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el Título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción basada en múltiples agrupaciones de afecciones comórbidas y clínicamente vinculadas comúnmente especificadas en el Título 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

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.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, 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.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos 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.

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.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros que están cubiertos por nuestro plan.

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.

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.

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.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

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 envasar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe 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 o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Personas con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare.

Equipo médico duradero (DME): cierto 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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

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.

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.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, 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 requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos el criterio de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

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 coseguos.

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.

Queja: 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.

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).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro 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.

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.

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.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo del año hayan alcanzado el monto límite de gastos de bolsillo.

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.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un plan de salud único para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

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 los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Asistencia Adicional.

Programa de descuento del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de fármacos.

Cantidad máxima de desembolso personal: 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 desembolso personal los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.* **(Nota: Debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este gasto de bolsillo máximo).**

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.

Indicación medicamento aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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).

Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: el período desde el 1.º 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 cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

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 Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (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**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

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).

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.

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).

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).

El 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.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato 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.

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**.

Determinación 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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

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.

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.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan de PACE: un plan de PACE (Programas de Atención Integral para Ancianos) combina servicios médicos y sociales y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) 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 a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare.

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.

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

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).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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.

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.

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.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada, el formulario específico para el afiliado e información de los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

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.

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 fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo las puede administrar un médico o personal de enfermería registrado.

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, que residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

Método	Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: Información de contacto
LLAME AL	<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.o de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. 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>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle: Del 1.o de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1.o de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
FAX	1-585-327-2298
ESCRIBA A	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
SITIO WEB	mvphealthcare.com

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	Información de contacto
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	aging.ny.gov



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.