

Anexo al Manual para afiliados del Plan de Salud y Recuperación o de Atención Gestionada de Medicaid del estado de Nueva York para los beneficios integrados para los afiliados elegibles de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Introducción

Este anexo al Manual para afiliados proporciona información para los afiliados de un plan MVP Health Care (MVP) DualAccess Complete (HMO D-SNP). Este plan permite que los afiliados elegibles para Medicare continúen recibiendo sus beneficios de Medicaid. Los afiliados recibirán sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de su plan MVP DualAccess Complete.

Cómo usar este anexo al Manual para afiliados

Este anexo le informará cómo funciona su nuevo programa de atención médica integrado y cómo puede aprovechar al máximo su plan MVP DualAccess Complete. Le brinda información que se aplica a un afiliado que tiene cobertura de Medicare y Medicaid con MVP.

Esto incluye información sobre la inscripción, la cancelación de la inscripción, el acceso a los servicios y la presentación de un reclamo o una apelación que puede ser diferente de lo que se incluye en el Manual para afiliados

Si tiene alguna pregunta, consulte su Manual para afiliados o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-866-954-1872** (TTY 711). Los representantes están disponibles de 8 am a 8 pm, hora del este, de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llame los siete días de la semana.

Puede encontrar su Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) en su Guía para afiliados de MVP DualAccess en Gia[®]. En la aplicación móvil *Gia by MVP*, toque *Benefits and Coverage (Beneficios y Cobertura)*. Si usa Gia en su computadora, inicie sesión en **my.mvphealthcare.com**, seleccione *My Plan (Mi plan)*, luego *My Benefits (Mis Beneficios)*. Puede encontrar el Manual para afiliados en la Guía para afiliados de Medicaid en línea en **my.mvphealthcare.com/MemberHandbooks**. También puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP para solicitar cualquiera de los documentos.

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Inscripción

Para ser afiliado del plan MVP DualAccess Complete ofrecido por MVP, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener Medicare Parte A y Medicare Parte B y estar inscrito en MVP DualAccess Complete
- Vivir en el área de servicio que actualmente incluye los siguientes condados de Nueva York: Albany, Columbia, Dutchess, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Livingston, Monroe, Montgomery, Ontario, Orange, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal
- Estar inscrito en el Plan de Salud y Recuperación (Health and Recovery Plan, HARP) o de Atención Gestionada de Medicaid (Medicaid Managed Care, MMC) de MVP y
- No haber recibido ni requerir servicios y apoyos comunitarios de atención a largo plazo (community-based long-term services and supports, CBLTSS) por más de 120 días.

Revise su EOC para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

Su tarjeta de identificación (ID) del plan de salud

Después de inscribirse, se le enviará una carta de bienvenida. La nueva tarjeta de ID de MVP DualAccess Complete debería llegar dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. La tarjeta contiene el nombre y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP). También tendrá su número de identificación de cliente (Client Identification Number, CIN). Si alguna información en su tarjeta de ID de MVP DualAccess Complete es incorrecta, llámenos de inmediato. La tarjeta no muestra que usted tenga Medicaid o que MVP DualAccess Complete sea un tipo especial de plan de salud.

Lleve siempre la tarjeta de ID de MVP DualAccess Complete y muéstrela cada vez que vaya para recibir atención. Si necesita atención antes de que llegue la tarjeta, la carta de bienvenida es prueba de que usted es afiliado. Debe conservar la tarjeta de beneficios de Medicaid. La necesitará para obtener servicios que MVP no cubre.

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Beneficios y servicios

MVP coordinará sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan MVP DualAccess Complete. Su costo compartido para los servicios cubiertos por Medicare será de \$0 porque Medicaid cubrirá sus montos de costo compartido de Medicare.

Como afiliado de MVP DualAccess Complete, usted recibe sus beneficios de Medicare y Medicaid del mismo plan de salud. Consulte su Evidencia de cobertura de Medicare Advantage DualAccess Complete para obtener detalles sobre sus beneficios y servicios de Medicare, así como los cubiertos por Medicaid.

La parte de Medicaid de su plan proporciona una serie de servicios de Medicaid además de los que recibe con Medicaid regular. Para beneficios y servicios adicionales cubiertos a través de la Atención Gestionada de Medicaid, consulte la Parte II de su Manual para afiliados. Puede encontrar su Manual para afiliados en línea en la Guía para afiliados de la Atención Gestionada de Medicaid. Visite mvphealthcare.com/MemberHandbooks y seleccione *Medicaid*.

El Programa de Farmacia de Medicaid (NYRx) cubrirá medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) seleccionados, vitaminas con receta y supresores de la tos que no estén cubiertos por Medicare Parte D.

MVP coordinará la mayoría de los servicios que necesitará. Puede obtener algunos servicios sin consultar a su PCP. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con estos servicios, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-866-954-1872** (TTY 711).

Algunos servicios no cubiertos por MVP están disponibles a través de Medicaid regular u Original Medicare (por ejemplo, transporte que no sea de emergencia y servicios de cuidados paliativos). Puede obtener estos servicios utilizando su tarjeta de beneficios de Medicaid o su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

Continuará teniendo acceso a los servicios regulares de Medicaid durante su inscripción en el plan MVP DualAccess Complete.

Cancelación de la inscripción

Puede cancelar su inscripción voluntariamente en el plan MVP DualAccess Complete en cualquier momento. Si cancela su inscripción en la cobertura de Medicare o Medicaid con nosotros, la cobertura de su plan MVP DualAccess Complete finalizará.

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Es posible que se cancele **involuntariamente** su inscripción en el **plan MVP DualAccess Complete si usted cumple con los siguientes requisitos:**

- Se muda de forma permanente fuera de nuestra área de servicio para el plan MVP DualAccess Complete
- Pierde su cobertura de Medicaid y no la recupera dentro de los 90 días (consulte a continuación en “Pérdida de elegibilidad para Medicaid” para obtener más información)
- Recibe servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días (si MVP determina que necesita servicios de atención a largo plazo durante más de 120 días, se le ofrecerá la opción de inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo ([Managed Long Term Care, MLTC])
- Es residente a largo plazo (colocado de manera permanente) de un hogar de ancianos; o,
- Tiene conductas o comportamientos que alteren gravemente la capacidad de MVP de prestarles servicios a usted o a otros afiliados de MVP. También es posible que se cancele su inscripción por incumplimiento de las reglas de Medicare o Medicaid, cometer fraude o tener comportamiento fraudulento, o abusar/dañar a otros afiliados, proveedores de atención médica u otro personal del plan de MVP.

Cobertura de Medicare

Si cancela su inscripción en el plan MVP DualAccess Complete, puede inscribirse en otro plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en un plan Medicare Advantage, su cobertura de Medicare continuará a través de Original Medicare para su atención médica y el gobierno federal le inscribirá en un Plan de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plan, PDP) para su cobertura de medicamentos recetados.

Cobertura de Medicaid

Si cancela su inscripción en el plan MVP DualAccess Complete, su cobertura de Medicaid para su atención médica continuará a través de Medicaid regular (también llamado “Medicaid de pago por servicio”).

Aviso: Si cancela su inscripción en el plan MVP DualAccess Complete por error, comuníquese con MVP lo antes posible.

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Pérdida de elegibilidad para Medicaid

Si pierde la elegibilidad para **Medicaid**, su cobertura en el plan MVP DualAccess Complete finalizará. Sin embargo, tendrá un período de gracia de 90 días en el que su cobertura de **Medicare** continuará con un plan MVP DualAccess Complete. Durante este tiempo, seguirá inscrito en el plan, pero su cobertura se limitará a los beneficios solo de Medicare y usted será responsable de cualquier copago, coseguro, prima o deducible que Medicaid habría cubierto de otro modo si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid.

Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante el período de gracia de 90 días, se restablecerá su cobertura en el plan MVP DualAccess Complete.

Si no recupera la elegibilidad para **Medicaid** durante el período de gracia de 90 días, perderá su cobertura con MVP.

Autorización de servicios, apelaciones y reclamos

Autorización de servicios

Para los servicios cubiertos por Medicare o tanto por Medicare como por Medicaid, MVP tomará decisiones sobre su atención según se describe en el Capítulo 9 de su EOC de MVP DualAccess Complete. A estas decisiones también se las conoce como Decisiones de cobertura.

Para los servicios cubiertos solo por Medicaid, MVP tomará decisiones sobre su atención siguiendo nuestras reglas de Autorización de servicios descritas en el Manual para afiliados.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión que tome MVP, puede presentar una apelación. Esto se denomina apelación de Nivel 1.

El Capítulo 9 de su EOC de MVP DualAccess Complete le informa cómo presentar una apelación de Nivel 1 sobre cualquier decisión que tome MVP.

Ayuda para continuar mientras apela una decisión sobre su atención

Si MVP reduce, suspende o interrumpe un servicio que usted recibe actualmente, podría ser elegible para continuar recibiendo dicho servicio mientras espera la resolución de una apelación de Nivel 1.

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP
Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Debe solicitar una apelación de Nivel 1:

- **en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que le informen que su atención cambiará, o**
- **para la fecha en que se programe el cambio en el servicio, lo que ocurra más tarde.**

Si su apelación de Nivel 1 se deniega, no tendrá que pagar el costo de ningún beneficio continuo que reciba.

Si no está de acuerdo con la determinación de su apelación de Nivel 1, puede apelar por segunda vez. Esto se denomina apelación de Nivel 2. El Capítulo 9 de su EOC de MVP DualAccess Complete le informa cómo presentar una apelación de Nivel 2 sobre cualquier determinación que tome MVP.

Ayuda para continuar mientras espera la decisión de Audiencia imparcial

Es posible que pueda continuar con sus servicios mientras espera una determinación de Audiencia imparcial. La continuación de los beneficios debe solicitarse con la solicitud de la audiencia imparcial y solo está disponible si MVP reduce, suspende o interrumpe un servicio que estaba cubierto por Medicaid.

Debe solicitar una Audiencia imparcial:

- **en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que le informen la determinación adversa final, o**
- **para la fecha en que se programe el cambio en el servicio, lo que ocurra más tarde.**

Si el funcionario de audiencias imparciales decide que la determinación o medida de MVP fue correcta cuando se tomó, es posible que se le pida reembolsar el costo de cualquier ayuda continua por los servicios recibidos hasta esa decisión de Audiencia imparcial.

Si no está de acuerdo con la determinación de apelación de Nivel 2 para un servicio cubierto por Medicare, es posible que tenga otras opciones de derechos de apelación. Para obtener más información sobre derechos de apelación adicionales, consulte el

Y0051_0969_C (03/2026)

Anexo al Manual para afiliados de MVP

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP **1-866-954-1872** (TTY 711)

Capítulo 9 de su EOC de MVP DualAccess Complete o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP.

Reclamo

Si tiene un problema con su atención o sus servicios, puede presentar un reclamo comunicándose con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-866-954-1872** (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llame de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.

Si envía su reclamo por escrito, MVP lo responderá por el mismo medio.

Responderemos a los reclamos estándar dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su reclamo. Responderemos a los reclamos acelerados dentro de las 24 horas.

Consulte el Capítulo 9 de su EOC de MVP DualAccess Complete para obtener más información sobre los reclamos.