



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

Este documento brinda los detalles sobre su cobertura de salud y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Úselo para comprender lo siguiente:

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

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)).

Este documento está disponible gratuitamente en español. Esta información está disponible en un formato diferente, incluido braille y letra grande.

Los beneficios, las primas y los copagos o coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre los cambios que pueden afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Y0051_1012_M

Índice

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	44
SECCIÓN 7	Normas para obtener equipos médicos duraderos.....	45
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)		47
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos.....	47
SECCIÓN 2	En la Tabla de beneficios médicos, se muestran los beneficios y gastos médicos.....	49
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan? (exclusiones)	98
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D.....		102
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	102
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	103
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan	106
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura.....	109
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría?	111
SECCIÓN 6	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	113
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	116
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	117
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	117
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	119
CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.....		122
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	122
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)	124
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra.....	125
SECCIÓN 4	La Etapa de deducible.....	127
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	127
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura catastrófica	133

Índice

SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	133
CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 136		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	136
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió	139
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos.....	140
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 141		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural	141
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan	147
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 149		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud	149
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	149
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	150
SECCIÓN 4	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	151
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	154
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	163
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto	174
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	179
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	183
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.....	186
CAPÍTULO 10: Cómo finalizar su membresía en el plan 190		
SECCIÓN 1	Introducción a finalizar su membresía en nuestro plan.....	190
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	190

Índice

SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	193
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.	193
SECCIÓN 5	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en ciertas situaciones	194
CAPÍTULO 11: Avisos legales		196
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	196
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	196
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	197
CAPÍTULO 12: Definiciones.....		198

CAPÍTULO 1:

Introducción para ser afiliado

SECCIÓN 1 Es afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

Sección 1.1 Está inscrito en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), que es una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Nuestro plan cubre 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es un Plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de salud de Medicare, este PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) 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 nuestra parte 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con todas las siguientes condiciones:

- Tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas que se encuentran en prisión no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si están físicamente dentro de ella.
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o ser un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) 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 nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nueva York:

Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado del plan. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de EE. UU., o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en el país para ser afiliado de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado sobre esta base. MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado**SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía****Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan**

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba cualquier servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), 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 cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* mvphealthcare.com/findadoctor ofrece una lista de 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.

Consulte la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web:
mvphealthcare.com/findadoctor.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de Proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

Como afiliado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios estén cubiertos por beneficios y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los gastos de los servicios cubiertos puede ser superior. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* ofrece una lista de las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que acuerdan surtir recetas cubiertas para los afiliados del plan. Use el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

La Lista de Medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura para los medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros afiliados. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no estén incluidos en la Lista de Medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, visite

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

nuestro sitio web o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite mvphealthcare.com o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los Costos Importantes

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer más detalles.	\$54
Monto máximo de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos. (Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	De proveedores dentro de la red: \$9,850 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$14,800
Visitas a la consulta de atención primaria	Dentro de la red Copago de \$0 por visita Fuera de la red Coseguro del 30% por visita
Visitas a consultas de especialistas	Dentro de la red Copago de \$60 por visita Fuera de la red Coseguro del 40% por visita
Hospitalizaciones Incluye varias hospitalizaciones como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día que lo ingresan formalmente con orden médica y termina el día antes de que lo den de alta.	Dentro de la red Copago de \$490 por día, del día 1 al 5; copago de \$0, a partir del día 6 Fuera de la red Coseguro del 40% por ingreso

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para conocer más detalles, incluyendo las Etapas de deducible Anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).	Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D \$700 excepto los medicamentos del Nivel 1, los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago/coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: Copago de \$0 Nivel 2 de medicamentos: Copago de \$2 Nivel 3 de medicamentos: coseguro del 16% Nivel 4 de medicamentos: coseguro del 43% Nivel 5 de medicamentos: coseguro del 25% Etapa de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Medicare Prescription Payment Plan de Medicare (Sección 4.5)

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Sección 4.1 Prima del plan

Como afiliado de nuestro plan, paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es \$54.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Obtenga más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si cumple los requisitos, inscribirse en uno de estos programas podría reducir la prima mensual de su plan.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían según los distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted 2027* en la sección llamada *Costos de Medicare para 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare en ([Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo afiliado del plan**. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finalizó su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Una cobertura de medicamentos con receta 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 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 con receta acreditable. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscribe por primera vez en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no tendrá** que pagarla en las siguientes situaciones:

- Recibe Extra Help de Medicare para pagar los medicamentos con receta.
 - Pasó menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
 - Tenía 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 Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Usted podrá recibir esta información en una carta o boletín informativo de nuestro plan. Conserve esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Aviso:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Aviso:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos no constituyen cobertura de medicamentos con receta acreditable.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de esta prima es de \$41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y, luego, redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% de \$41.33, lo que equivale a \$5.79. Esto se redondea a \$5.80. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede variar anualmente.
- **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.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa.

La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **en un plazo de 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 reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (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 este monto es superior a cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si debe pagar un IRMAA 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 de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre la prima de nuestro 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 el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA**

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Medicare Prescription Payment Plan de Medicare

Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el Medicare Prescription Payment Plan de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay 4 formas de pagar la prima de su plan.

Opción 1: pago con cheque

Puede elegir pagar la prima mensual del plan con cheque o giro postal, directamente a MVP. Los pagos deben enviarse por correo a la dirección que aparece en nuestro estado de cuenta. Los cheques deben hacerse a nombre de MVP Health Care y deben recibirse a más tardar el primer día del mes. Si su cheque es devuelto por falta de fondos, MVP se lo informará mediante una carta y agregará un cargo de \$40.00 a su saldo adeudado por cada vez que esto ocurra. Si el problema continúa, MVP solicitará que todos los pagos futuros se realicen mediante giros postales o cheques bancarios certificados.

Opción 2: pago a través de nuestro Centro de Pagos en Línea

Puede elegir pagar la prima mensual de su plan mediante débito directo de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito a través de nuestro Centro de Pagos en Línea. Puede hacer un pago único o configurar pagos recurrentes. Para usar el Centro de Pagos, visite **mvphealthcare.com** e INICIE SESIÓN para acceder a su cuenta en línea. Si es la primera vez que utiliza el sitio, deberá REGISTRARSE para crear una cuenta en línea.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Seleccione Centro de Pagos en Su Plan para configurar su preferencia de pago y pagar su factura. La opción de pago recurrente debitará automáticamente el importe de su cuenta bancaria o lo cobrará a su tarjeta de crédito el primer día hábil de cada mes. El monto adeudado de su prima recurrente se basa en la prima que adeude al día 29 del mes. Si hay algún problema con su cuenta, como fondos insuficientes, MVP se lo informará mediante una carta y agregará un cargo de \$20 a su saldo adeudado por cada vez que esto ocurra. Si recibe una nueva tarjeta de crédito o débito, inicie sesión en su cuenta en línea de MVP y actualice el número y la fecha de vencimiento de la tarjeta.

Opción 3: pago por teléfono

Puede hacer un pago único con su cuenta bancaria, tarjeta de débito o tarjeta de crédito mediante el sistema telefónico de pagos seguro y automatizado de MVP Health Care. Llame al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y siga las indicaciones. Necesitará su factura de la prima mensual y la información de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito.

Opción 4: Deducción de la prima de su plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la opción con la que paga la prima del plan, puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo el responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede llamar al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare para solicitar un cambio. El número de teléfono del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare está en la contraportada de este folleto.

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan debe recibirse en nuestra oficina a más tardar el primer día del mes. Si no hemos recibido su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía finalizará si no recibimos la prima del plan en un plazo de 90 días. Si debe una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener la cobertura de medicamentos.

Si tiene dificultades para pagar a tiempo la prima de su plan, si corresponde, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si podemos orientarlo sobre programas que lo ayuden con sus costos.

Si terminamos su membresía porque no pagó la prima del plan, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Abierta. (Si pasa más de 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable,

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos adeude primas del plan que no haya pagado. Tenemos derecho a intentar cobrar el monto que adeuda. Y/O si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos cancelado su membresía de forma indebida, puede presentar una queja (también llamada reclamación). Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al **1-800-665-7924** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m., hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud a más tardar 60 días calendario después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de 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 la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si reúne los requisitos para recibir Extra Help o deja de reunirlos durante el año, la parte de la prima de su plan que debe pagar puede cambiar. Si reúne los requisitos para recibir Extra Help con los costos de su cobertura de medicamentos, Extra Help paga parte de las primas mensuales de su plan. Si pierde la elegibilidad para recibir Extra Help durante el año, tendrá que empezar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre Extra Help en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su 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 atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos, así como los montos de costos compartidos.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Si ocurre alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación de los trabajadores o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ingresa a un hogar 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 participa en un estudio de investigación clínica (**Aviso:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si esta información cambia, háganoslo saber; llame al Centro de Atención al Cliente de Medicare MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura de medicamentos o médica que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura 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 medicamentos o médica que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 1: Introducción para ser afiliado

Cuando tenga otro seguro (como cobertura de salud grupal de un empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si quedan costos no 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 (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 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de varios empleadores 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 los pulmones negros
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

Para obtener ayuda con preguntas sobre reclamos, facturación o tarjeta de afiliado, llame o escriba a Servicios al Afiliado de *MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)*. Estaremos felices de poder ayudarlo.

Servicios al Afiliado: información de contacto

Llame	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p>
Fax	<p>1-585-327-2298</p>
Escriba a	<p>MVP Health Care – Medicare Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604</p>
Sitio web	<p>mvphealthcare.com</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitar 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 el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su atención médica o con los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o para medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame	1-800-665-7924 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.
TTY	Marque 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 Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.
Fax	1-585-327-2298
Escriba a	MVP Health Care – Medicare Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
Sitio web	mvphealthcare.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede formular una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

Llame	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p>
Escriba a	<p>MVP Health Care – Member Appeals Department</p> <p>PO Box 2207</p> <p>625 State Street</p> <p>Schenectady, NY 12301</p>
Sitio web de Medicare	<p>Para presentar una queja sobre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.</p>

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó 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 para obtener más información.

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Solicitudes de pago; reclamos de la Parte C: información de contacto**

Llame	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para atenderle: llámenos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p>
Escriba a	<p>MVP Health Care</p> <p>PO Box 2207</p> <p>625 State Street</p> <p>Schenectady, NY 12301</p>
Sitio web	mvphealthcare.com

Solicitudes de pago; reclamos de la Parte D: información de contacto

Llame	<p>1-866-494-8829</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 365 días del año.</p>
Escriba a	<p>CVS/Caremark</p> <p>PO Box 2110</p> <p>Pittsburgh, PA 15230-2110</p>
Sitio web	mvphealthcare.com

SECCIÓN 2 Obtener ayuda 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 (CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, 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.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov <ul style="list-style-type: none">• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que brindan.• Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare.• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”).• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.• Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare las quejas que tenga sobre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

Para presentar una queja ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare.

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna empresa 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, formular quejas sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare, ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto

Llame	1-800-701-0501
Escriba a	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección de su asesor local del HIICAP.
Sitio web	aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado.

Para el estado de Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commerce Health BFCC-QIO.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Commerce Health BFCC-QIO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica, pagados por Medicare, para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commerce Health BFCC-QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commerce Health BFCC-QIO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura para su hospitalización 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 (CORF) finaliza demasiado pronto.

Commerce Health BFCC-QIO**Región 2 (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva York):
información de contacto**

Llame	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y feriados: de 10 a.m. a 4 p.m. Servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	711 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y feriados: de 10 a.m. a 4 p.m. Servicio de correo de voz disponible las 24 horas Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en

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

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar un monto adicional por la 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 el monto 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, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social: información de contacto

Llame	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.</p>
Sitio web	<p>SSA.gov</p>

SECCIÓN 6 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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (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+]).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- **Beneficiario Específico de Medicare con Bajos Ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Persona Calificada con Discapacidad y que Trabaja (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorro de Medicare, comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Programa Medicaid del Estado de Nueva York: información de contacto

Llame	1-800-541-2831
TTY	New York State DOH Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
Escriba a	New York State DOH Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
Sitio web	health.ny.gov/health_care/medicaid/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos con receta

El sitio web de Medicare ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Extra Help de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa llamado Extra Help que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de su plan de medicamentos de Medicare. Extra Help también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Si reúne automáticamente los requisitos para recibir Extra Help, Medicare le enviará por correo una carta de color morado para informárselo. Si no reúne automáticamente los requisitos, puede solicitar Extra Help en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Extra Help:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para presentar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Extra Help, también puede iniciar el proceso de solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales ofrecen ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de un MSP, a menos que indique en la solicitud de Extra Help que no desea que lo haga.

Si reúne los requisitos para recibir Extra Help y considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarlo a obtener pruebas del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Envíe una carta a MVP Health Care, MVP Medicare Customer Care Center, 20 S. Clinton Avenue, Rochester, NY 14604, en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Extra Help. Incluya todas las cartas que recibió.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o como crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe un monto, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene Extra Help y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados 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 Extra Help de Medicare paga primero.

En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) es el Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**¿Qué sucede si tiene Extra Help y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario ADAP califican para recibir ayuda con los costos compartidos de recetas a través del Programa de Atención del VIH para no Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Aviso: Para ser elegible para el ADAP 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 ayuda. 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 las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

En Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC).

EPIC (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York): información de contacto

Llame	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m., 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.ny.gov/health_care/epic/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Medicare Prescription Payment Plan**

El Medicare Prescription Payment Plan de Medicare es una opción de pago que se adapta a su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarlo a gestionar sus gastos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan de Medicare y sigue en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Medicare Prescription Payment Plan de Medicare: información de contacto**Llame**

1-844-889-9792

Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle:

Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.

TTY

Marque 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 Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle:

Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Escriba a

MVP Health Care
625 State Street
Schenectady, NY 12305

Sitio webmvphealthcare.com/RxPrescriptionPlan

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)**

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

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles.</p> <p>Presione “1” para 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 no son gratuitas.</p>
Sitio web	<p>https://RRB.gov</p>

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted, su cónyuge o su pareja de hecho recibe beneficios del empleador o grupo de jubilados que le proporciona beneficios como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede consultar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del empleador o grupo de jubilados que le proporciona beneficios a usted, a su cónyuge o a su pareja de hecho. (Los números de teléfono de Servicios al Afiliado están impresos en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el uso de nuestro plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y 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 monto de costo compartido como pago total. Coordinamos para que estos proveedores brinden 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 paga solo su parte del costo por los servicios.
- 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 la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de la afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Reciba su atención de un proveedor que sea elegible para prestar servicios bajo Original Medicare.** Como afiliado de nuestro plan, puede recibir atención tanto de un proveedor de la red como de un proveedor fuera de la red (consulte la Sección 2 para obtener más información).
 - Los proveedores de nuestra red se enumeran en el Directorio de Proveedores **mvphealthcare.com/findadoctor**.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los gastos de los servicios cubiertos puede ser superior.
 - Aviso: Aunque puede recibir su atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

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

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

Cuando se convierte en afiliado de nuestro Plan, puede 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.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

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 ayudarlo 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 elegir a su PCP?

Elija a su PCP utilizando el Directorio de Proveedores de MVP u obtenga ayuda del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web: **mvphealthcare.com/findadoctor**. 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 Atención al Cliente de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir un nuevo PCP. Puede elegir un PCP diferente usando el Directorio de Proveedores o recibiendo ayuda del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web: **mvphealthcare.com/findadoctor**. 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 Atención al Cliente de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigencia de inmediato.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin la derivación de un PCP

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan urgentemente necesarios son aquellos que necesitan atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dadas su hora, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias al proveedor (como revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias aunque esté fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red de planes esté temporalmente sin disponibilidad.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente fuera de servicio o inaccesible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis puede ser mayor. Si es posible, háganoslo saber antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Visitas a consultas de especialistas.
- 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. Por ejemplo:

1. Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
2. Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
3. Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

NO necesita una derivación 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. En el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) encontrará 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 derive a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio, siempre que dicho servicio no esté expresamente excluido de la cobertura del plan en todos los casos, como se explica en el Capítulo 4.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos si su proveedor abandona nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 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 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado para la atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación de los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos la prestación de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con el costo compartido correspondiente a los servicios dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una reclamación sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como afiliado de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios estén cubiertos por beneficios y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los gastos de los servicios cubiertos puede ser superior.** Estos son otros aspectos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita una derivación ni autorización previa si recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de solicitar servicios de proveedores fuera de la red, pida una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios (consulte el Capítulo 9, Sección 4). Esto es importante debido a lo siguiente:
- Sin una decisión de cobertura previa a la visita, y si nuestro plan determina más adelante que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede denegar la cobertura y usted será responsable de todo el costo. Si decimos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (consulte el Capítulo 9).

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

- Es mejor pedirle al proveedor fuera de la red que primero le facture a nuestro plan. Sin embargo, si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo de dichos servicios que nos corresponde. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para el pago (consulte el Capítulo 7).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios urgentemente necesarios o diálisis fuera del área de servicio, es posible que no tenga que pagar un monto de costo compartido más alto (consulte la Sección 3).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

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 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 una derivación 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.

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 la Tabla de beneficios de Medicare en el Capítulo 4 de este manual. Nuestro plan NO cubre ningún servicio que no sea de urgencia ni de emergencia fuera de los Estados Unidos.

- **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 deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Los números de teléfono del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare aparecen al dorso de su tarjeta de ID.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

Después de que la emergencia haya terminado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y elaboren planes para brindarle atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto correspondiente a los servicios fuera de la red.

¿Y si no era 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 diga que no fue una emergencia, el monto del costo compartido que pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, su parte de los costos suele ser menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dada su ubicación, tiempo y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios 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 urgentemente necesarias incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

Puede encontrar una lista de centros de atención urgente en nuestra red utilizando el Directorio de Proveedores u obteniendo ayuda del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web: **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 la Tabla de beneficios de Medicare en el Capítulo 4 de este manual. Nuestro plan NO cubre ningún servicio que no sea de urgencia ni de emergencia fuera de los Estados Unidos.

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 nuestro plan.

Visite <http://www.health.ny.gov/environmental/emergency/> para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios como se describen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan y que no son servicios de emergencia o urgentes, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

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 bolsillo en servicios médicos. Puede llamar al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Si 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 el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que reúnan los requisitos de Medicare.

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

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

Una vez que se 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 paga 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 el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si obtuviera estos servicios a través 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.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. 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 nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico calificado y enviaría la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- En general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aunque usted no participara en el estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

computarizadas (TC) mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención de la salud no médica

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que proporciona atención a una afección que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si obtiene atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica. Este beneficio se concede únicamente para servicios hospitalarios de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a obtener tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no esté requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que obtiene que *no* es voluntario ni es *obligatorio* por la ley federal, estatal o local.

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

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

- El centro que presta la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
 - Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita acceder a servicios cubiertos para atención hospitalaria o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su hospitalización no estará cubierta.

Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura de servicios en hospitales o centros de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Normas para obtener equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No obtendrá un equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias encargadas por un proveedor para que los afiliados los utilicen en el hogar. El afiliado siempre obtiene algunos artículos de DME, como prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME obtienen el equipo tras pagar copagos durante 13 meses. **Como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), normalmente no será propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan.** No los obtendrá, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame al Centro de Atención al Cliente de Medicare MVP para obtener más información.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo un artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para poder obtener el artículo

Capítulo 3: Uso del plan para sus servicios médicos

DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. Los pagos que hizo en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo de Original Medicare y, luego, se unió a nuestro plan. No obtuvo el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego, vuelve a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para obtener el artículo una vez que vuelva a unirse a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si reúne los requisitos para la cobertura de Medicare de equipos de oxígeno, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con oxígeno para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si deja MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por razones médicas, deberá devolverlo.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquilará el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente para el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma empresa o ir a otra. En este punto, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si permanece en la misma empresa, y de nuevo tiene que pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

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

En la Tabla de beneficios médicos, se muestran los servicios cubiertos y cuánto paga por cada servicio cubierto como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Esta sección también ofrece información sobre servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que obtiene ciertos servicios médicos. Paga un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos, se brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del gasto total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos se brinda más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor un comprobante de su elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

En nuestro plan, hay 2 límites diferentes sobre lo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de bolsillo dentro de la red (MOOP)** es \$9,850. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare O por el plan que recibió de proveedores de la red. Los montos que paga en concepto de copagos y coseguro por los servicios cubiertos que recibe de

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

proveedores de la red cuentan para este monto máximo de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Estos servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$9,850 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que recibió de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año cuando reciba atención de nuestros proveedores de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

- Su **monto máximo de bolsillo combinado** es \$14,800. Este es el monto máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que recibió de proveedores tanto dentro como fuera de la red. Los montos que paga como copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo combinado. (Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo combinado. Estos servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos) Si paga \$14,800 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle saldo

Como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), cuenta con una protección importante porque solo tiene que pagar el costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (que se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).

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

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si considera que un proveedor le ha facturado un saldo, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos, se muestran los beneficios y gastos médicos

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios que cubre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) y lo que paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se aborda en el Capítulo 5). Los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos solo se cubren cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios (incluye atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios que figuran en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa).
 - Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado para estar cubiertos como servicios dentro de la red están indicados con una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.
 - Nunca necesita aprobación por adelantado para recibir servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Aunque no necesita aprobación por adelantado para recibir servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos una decisión de cobertura por adelantado.

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

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo establecido en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
 - Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Para otros, paga *menos*. (Para saber más sobre la cobertura y los gastos del Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2027*. Puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
 - Para todos los servicios preventivos cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o seguimiento por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección.
 - Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
-  Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tenga en cuenta: Cuando obtiene servicios ambulatorios, los costos compartidos que se indican a continuación en esta Tabla de beneficios médicos generalmente se aplican a cada servicio que recibe, incluidos múltiples servicios del mismo proveedor o múltiples reclamos relacionados con el mismo servicio. Por ejemplo, si tiene una visita de consultorio y su médico le solicita análisis de laboratorio de diagnóstico y servicios de radiología, puede aplicarse un costo compartido a cada servicio. Si tiene una cirugía ambulatoria, el costo compartido puede aplicarse tanto al cargo del centro como al cargo del médico.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía diagnóstica única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), enfermera especialista (NP) o enfermera especialista clínica (CNS).	Dentro y fuera de la red No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas por año del plan en las siguientes circunstancias: Para este beneficio, el dolor crónico de la parte baja de la espalda se define como: <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no está asociado con cirugía; • no está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está haciendo una regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.	Dentro de la red Se aplica un coseguro del 50% por visita para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especialistas (NP), los enfermeros especialistas clínicos (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y disponen de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental por una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • de una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras normativas.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para emergencias o no emergencias, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y de ambulancia terrestre, hasta la instalación adecuada más cercana que pueda prestar atención 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 están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una emergencia, debe documentarse que el estado del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente obligatorio.</p> <p>También pueden estar cubiertos los Servicios de Interceptación de Paramédicos (PIS). Los PIS son Servicios Avanzados de Soporte Vital que están separados del transporte en ambulancia. Según las pautas de Medicare, estos servicios solo están</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$320 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$500 por cada servicio de ambulancia aéreo cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>cubiertos si se cumplían las tres condiciones siguientes en el momento en que se prestó el servicio: (1) se prestaron en un área rural (según se define a continuación); (2) se prestaron en virtud de un contrato con uno o más servicios de ambulancia voluntarios; y (3) eran médicamente necesarios según la afección del beneficiario que recibió el servicio de ambulancia.</p>	
<p>Examen físico anual de rutina</p> <p>Cubrimos un examen físico de rutina por año calendario. Se puede aplicar un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o diagnóstico realizada durante su visita, según se describa para cada servicio separado en la Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para el examen físico de rutina.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 30% para el examen físico de rutina.</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Aviso: Su primera visita anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses de su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para estar cubierto en las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama cada 24 meses 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los afiliados que cumplen ciertas condiciones con pedido médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataque al corazón en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de las válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable <p>Limitaciones de cobertura:</p> <p>Puede acceder a hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones al día (cada una de 1 hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, puede que consiga 36 sesiones más que se puedan repartir en un periodo más largo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 30% por servicios cubiertos de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por servicios cubiertos de rehabilitación cardíaca.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el consumo de aspirinas (si es apropiado), comprobar su tensión arterial y darle consejos para asegurarse de que come sano.	Dentro y fuera de la red No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) cada 5 años (60 meses).	Dentro y fuera de la red No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Detección del cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o si está en edad fértil y se ha hecho una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años 	Dentro y fuera de la red No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral. • La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta. 	Dentro de la red Copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare. Fuera de la red Coseguro del 40% por cada visita cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo tras una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o cuando han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de diagnóstico. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, la cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada tras haber transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tenían alto riesgo tras una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo, a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a considerarse un examen de diagnóstico y usted paga un coseguro del 20% por el procedimiento o la prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basadas en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección posterior a una prueba no invasiva de detección de cáncer colorrectal basada en heces, cubierta por Medicare, que da un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado y en la misma consulta clínica que la prueba de detección. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente por servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, especialmente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia contra el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de riñón. Además, cubrimos: servicios dentales preventivos e integrales suplementarios.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$50 por todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% para todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios dentales complementarios:</p> <p>Los servicios dentales preventivos se cubren en las siguientes categorías:</p> <p>Exámenes bucales; límite de 2 por año</p> <p>Profilaxis (limpiezas); límite de 2 por año</p> <p>Radiografías; límite de 1 por año</p> <p>Los servicios dentales preventivos están cubiertos cuando los brindan proveedores de la red, según las tarifas contratadas. Los servicios preventivos cubiertos que recibe a través de proveedores de la red están cubiertos en su totalidad y no se le puede facturar ningún saldo. Visite https://mvp.nationsbenefits.com o descargue la aplicación Benefits Pro® para localizar un proveedor dentro de la red. También puede comunicarse con NationsBenefits al 1-855-996-4327 (TTY: 711).</p> <p>Los proveedores fuera de la red no están obligados a aceptar el pago del plan como pago total por los servicios cubiertos. Los servicios cubiertos recibidos a través de un proveedor fuera de la red serán reembolsados hasta el monto permitido del plan según el esquema de tarifa. Usted será responsable de los cargos que superen el monto permitido, y el proveedor puede facturarle el saldo. Pídale a su proveedor que determine sus gastos de bolsillo antes del tratamiento. También puede comunicarse con NationsBenefits al 1-855-996-4327 (TTY: 711) antes de recibir los servicios para obtener ayuda. Un proveedor fuera de la red puede exigirle que pague los servicios en su totalidad en el momento en que los recibe. Puede presentar un reclamo a través de la aplicación móvil de NationsBenefits para recibir un reembolso por los servicios cubiertos hasta el monto permitido.</p>	<p>Servicios dentales complementarios:</p> <p>Dentro de la red: No hay copago por servicios dentales preventivos cubiertos.</p> <p>Fuera de la red: No hay copago por servicios dentales preventivos cubiertos hasta el monto permitido. Se le puede facturar un saldo por las cantidades que superen el monto permitido.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Para obtener una lista completa de los códigos dentales cubiertos, consulte la Tabla de beneficios dentales al final de este capítulo.</p> <p>No se cubren los servicios dentales integrales.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una detección de depresión al año. La detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: hipertensión arterial alta, antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de glucosa alta. También pueden cubrirse pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede que sea elegible para hasta 2 detecciones de diabetes cada 12 meses desde la fecha de su prueba más reciente.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación en autogestión de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios de insulina y no insulina), los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear la glucosa: monitor de glucosa, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para controlar la 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$10 por artículo por cada suministro para 30 días de tiras reactivas para medir la glucosa en sangre de las marcas FreeStyle, Accu-Chek y Prodigy, o de tiras no preferidas que cuenten con autorización previa.</p> <p>Copago de \$10 para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>glucosa con el fin de comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Las tiras reactivas para diabéticos y los medidores de glucosa en sangre deben comprarse a un fabricante preferido (FreeStyle, Accu-Chek y Prodigy). Los monitores de tiras de prueba de fabricantes no preferidos no están cubiertos salvo que exista autorización previa de MVP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para personas con diabetes que padecen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin contar las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen con dichos zapatos), incluye la adaptación. • Capacitación de autogestión de la diabetes bajo ciertas condiciones. 	<p>Copago de \$10 por cada monitor continuo de glucosa y los suministros correspondientes cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para zapatos terapéuticos para la diabetes.</p> <p>Coseguro del 20% para plantillas de zapatos moldeadas a medida relacionadas con la diabetes (deben usarse con zapatos para la diabetes).</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% para suministros para la diabetes.</p> <p>Coseguro del 40% para zapatos terapéuticos para la diabetes.</p> <p>Coseguro del 40% para plantillas de zapatos moldeadas a medida relacionadas con la diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por capacitación en autocontrol de la diabetes.</p> <p>Para la insulina y los suministros relacionados (p. ej., jeringas, agujas), consulte el Capítulo 6 para obtener información sobre el costo compartido de la Parte D.</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias encargadas por un profesional para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 20% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para equipos médicos duraderos relacionados con la diabetes, incluidas bombas de insulina.</p> <p>Coseguro del 20% para suministros relacionados con equipos médicos duraderos.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20%, cada mes.</p> <p>Después de 36 meses, su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>proveedor en su zona no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en mvphealthcare.com/members/find-a-doctor.</p> <p>Los artículos no cubiertos incluyen, entre otros: pelucas; purificadores de aire; aires acondicionados; asientos de bañera; deshumidificadores; ascensores; medias quirúrgicas elásticas; equipos de ejercicio, incluidas bicicletas estáticas y cintas de correr; barras de agarre; almohadillas para incontinencia; camas hospitalarias para instituciones, incluidos marcos oscilantes, circulantes y Stryker; mesas para colocar sobre la cama; asientos elevados de inodoro; sillas de ducha; sistemas de bipedestación; bañeras y bombas de hidromasaje; dispositivos de terapia de frío; cajas de luz para fototerapia; bombas de compresión para la trombosis venosa profunda; modificaciones en el hogar, como rampas para sillas de ruedas, barandillas de apoyo y barras de apoyo para el baño o el hogar; y ortesis hechas de material elástico o de otro material flexible. 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 Atención al Cliente de MVP Medicare.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué hacer si</p>	<p>del 20%. Después de 5 años, volverá a aplicarse el costo compartido original. Si antes de inscribirse en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) había realizado 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es de \$0.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), 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 afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para atención de emergencia o de urgencia. Comuníquese con su PCP para coordinar la atención de seguimiento.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Copago de \$115 por cada visita a la sala de emergencias. No paga este monto si ingresa al hospital como paciente internado dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido dentro de la red correspondiente a la parte de su estadía posterior a la estabilización. Si permanece en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costo compartido fuera de la red correspondiente a la parte de su estadía posterior a la estabilización.</p>
<p>Transporte de emergencia; cobertura mundial</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país no está cubierto.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Copago de \$320 para el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Programas de vida saludable: paga \$0 por clases educativas y servicios de apoyo, como clases de actividad física, programas de control de peso,</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de vida saludable.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>alimentación más saludable, convivir con artritis, talleres de prevención de caídas, manejo de insuficiencia cardíaca congestiva y programa de revisión de medicamentos.</p> <p>Membresía de SilverSneakers®. SilverSneakers puede ayudarlo a llevar una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes,¹ donde puede asistir a clases² y utilizar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscribese en tantos centros como desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que dirigen clases grupales de ejercicio en línea diseñadas especialmente, los siete días de la semana, a través de SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros recreativos, parques y otros lugares de su comunidad. SilverSneakers también le brinda acceso a una red de apoyo y a recursos en línea a través de los videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para consultar su número de identificación de afiliado de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.</p> <p>Hable siempre con su médico antes de empezar un programa de ejercicio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las ubicaciones participantes (“PL”) no son propiedad ni están gestionadas por Tivity Health, Inc. ni por sus afiliados. El uso de las instalaciones y los servicios de las PL está sujeto a los términos y condiciones de la membresía 	<p>Dentro de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de acondicionamiento físico de SilverSneakers®.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 50% de la membresía de su instalación deportiva, hasta un límite mensual total de beneficios de \$70. Usted es responsable de todos los costos por sobre los \$70. El plan reembolsará hasta \$35 mensuales. Debe pagar la instalación deportiva en su totalidad y presentar el recibo para el reembolso en un plazo de 60 días a partir de la fecha de pago.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>básica de las PL. Las instalaciones y los servicios varían según la PL. No se garantiza la inclusión de ninguna PL específica y la participación de las PL puede variar según el plan de salud.</p> <p>2. La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los afiliados. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 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 enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y cáncer.</p> <p>Línea de asesoramiento de enfermería 24/7: disponible los 7 días de la semana para responder a sus dudas médicas. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de administración de la atención ni para la línea de asesoramiento de enfermería 24/7.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro profesional calificado.</p> <p>Examen de audición:</p> <p>1 examen auditivo de rutina al año.</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing cada año (uno por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que se ofrecen en diversos estilos y colores, y están disponibles en opciones recargables.</p>	<p>Examen de audición:</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada examen/prueba auditiva.</p> <p>Copago de \$0 por un examen auditivo de rutina al año.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$60 por cada examen/prueba auditiva.</p> <p>Coseguro del 50% por un examen auditivo de rutina al año.</p> <p>Audífonos</p> <p>Dentro de la red</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>O</p> <p>Hasta \$600 por oído para el costo de 2 audífonos no implantables según el catálogo correspondiente de TruHearing cada año (se limita a 1 audífono por oído). Tras el beneficio pagado por el plan, es responsable de los costos restantes. * Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 1-855-544-7163 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento • Periodo de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • Suministro de pilas para 3 años por audífono para los modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales a los proveedores • Pilas adicionales; pilas cuando se compra un audífono recargable • Audífonos que no están incluidos en la lista de productos de TruHearing correspondiente • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdida y daños <p>**Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del afiliado y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>Solo paga \$699 por TruHearing Advanced.</p> <p>Solo paga \$999 por TruHearing Premium.</p> <p>O</p> <p>Hasta \$600 por oído para cubrir el costo de los 2 audífonos no implantables del catálogo de TruHearing correspondiente.</p> <p>No hay coseguro ni copago por la adaptación o evaluación de audífonos de TruHearing.</p> <p>Los costos de los audífonos no cuentan para su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 80% por un audífono con receta. El beneficio se limita a dos audífonos por año (una por oído al año).</p>

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Ayuda con ciertas afecciones crónicas**

Si un proveedor del plan le diagnostica las siguientes afecciones crónicas, puede ser elegible para recibir otros beneficios suplementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos:

- Diabetes
 - Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año.
 - Los pacientes con diabetes tendrán un costo compartido reducido para todas las visitas de podología de rutina, según sea necesario.
 - Los siguientes servicios se consideran componentes de la atención de rutina de los pies, independientemente del proveedor que los preste:
 - El corte o la eliminación de callos y callosidades
 - El corte, el recorte o el desbridamiento de las uñas, incluido el desbridamiento de las uñas con micosis
 - El rasurado, la reducción, el corte o la eliminación de queratomas, tilomas y helomas
 - Tratamientos simples, paliativos y no definitivos, como el rasurado o la reducción de verrugas plantares, que no requieren cauterización térmica o química ni curetaje
 - Otros cuidados higiénicos y preventivos de mantenimiento, como la limpieza y el remojo de los pies, el uso de cremas para mantener el tono de la piel en pacientes ambulatorios o postrados en cama, y cualquier otro servicio que se preste en

Paga \$0 de costo compartido por la detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare.

Paga un copago de \$0 por las visitas de podología de rutina si tiene un diagnóstico confirmado de diabetes. Si se prestan servicios adicionales durante una visita de podología de rutina, es posible que deba pagar el costo compartido de los servicios.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>ausencia de una enfermedad localizada, lesión o síntomas que afecten el pie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es posible que deba pagar el costo compartido de los servicios de podología si se prestan servicios adicionales durante una visita de podología de rutina 	
<p> Detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de la agencia de atención médica domiciliaria</p> <p>Antes de recibir servicios de atención domiciliaria, un médico debe certificar que los necesita e indicar que dichos servicios sean prestados por una agencia de atención domiciliaria. Debe estar circunscrito al hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y servicios de asistencia de salud domiciliaria (para estar cubiertos por el beneficio de atención domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y ayuda de salud domiciliaria deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipamiento y suministros médicos 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de atención domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada visita de atención domiciliaria cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p> <p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o sustancias biológicas a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación de pacientes no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo total de cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada visita de atención domiciliaria cubierta por Medicare. Coseguro del 20% por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Coseguro del 40% por cada visita de atención domiciliaria cubierta por Medicare. Coseguro del 40% por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, consulte el Capítulo 6, Sección 5.2, para conocer los montos de costo compartido correspondientes.</p>
<p>Atención de cuidados paliativos</p> <p>Es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y una expectativa de vida de 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).</p> <p>Dentro y fuera de la red.</p> <p>Copago de \$0 por consulta de cuidados paliativos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés económico. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Tratamiento de reposo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p>Para servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por las Parte A o la Parte B de Medicare que estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que cobra Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni urgentemente necesarios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el gasto de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si es necesario obtener autorización previa).</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga nuestro costo compartido por servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido bajo Original Medicare. <p><u>Para los servicios que están cubiertos por MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados con su pronóstico terminal. Paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, paga costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4).</p> <p>Aviso: si necesita cuidados no relacionados con cuidados paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para organizar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su registro de vacunación o tiene alguna otra condición que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. <ul style="list-style-type: none"> • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Las vacunas necesarias para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas de neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> <p>Copago de \$0 por todas las demás vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare.</p>
<p>Atención hospitalaria</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día en que lo admiten formalmente con un pedido médico. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas que incluyen dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$490 por día, del día 1 al 5; copago de \$0, a partir del día 6</p> <p>El costo compartido indicado anteriormente se cobra por cada hospitalización. No se aplican los periodos de beneficios de Medicare. (Consulte la definición de los períodos de beneficios en el Capítulo 12).</p> <p>El costo compartido comienza el primer día de la hospitalización. El costo compartido no se aplica el día del alta.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la salas de cirugía y recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla y el lenguaje. • Servicios hospitalarios para trastornos por uso de sustancias ilícitas. • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso y decida si 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 se encuentran fuera del patrón habitual de atención en la comunidad, puede optar por recibir los servicios a nivel local, siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) presta servicios de trasplante en un lugar que se encuentra fuera del patrón habitual de atención de trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir el trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. 	<p>Si lo trasladan de un hospital a otro, se aplicará un nuevo costo compartido por hospitalización.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por ingreso</p> <p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar su condición de emergencia, su gasto es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también se cubren desde la primera pinta. Servicios médicos. <p>Aviso: Para ser hospitalizado, su médico debe emitir una solicitud para admitirlo formalmente como paciente con internación. Aunque permanezca internado en el hospital durante la noche, puede que aún lo consideren paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en 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. 	
<p>Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una hospitalización.</p> <p>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 hospitalarios proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$415 por día, del día 1 al 5; copago de \$0, a partir del día 6</p> <p>El costo compartido indicado anteriormente se cobra por cada hospitalización. No se aplican los periodos de beneficios de Medicare. (Consulte la definición de los períodos de beneficios en el Capítulo 12).</p> <p>El costo compartido comienza el primer día de la hospitalización. El costo compartido no se aplica el día del alta.</p> <p>Si lo trasladan de un hospital a otro, se aplicará un nuevo costo compartido por hospitalización.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Internación: servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de atención durante una internación no cubierta en un hospital</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la internación no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas (como los análisis de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y luxaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o defectuoso, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Férulas para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos y ojos de prótesis artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente <p>Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por ingreso</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Copago de 0\$ por cada visita al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$60 por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$55 por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por radioterapia.</p> <p>Coseguro del 20% por DME, ortesis, prótesis y suministros relacionados.</p> <p>Copago de \$35 por cada servicio de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional cubierto por Medicare. (Se aplican límites a los servicios de terapia).</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 30% por cada visita al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
	<p>Coseguro del 40% por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por radioterapia.</p> <p>Coseguro del 40% por cada DME, ortesis, prótesis y suministros relacionados.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio de fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional cubierto por Medicare. (se aplican gorros de terapia)</p>
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o tras un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con un pedido médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>Dentro y fuera de la red.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en la salud que ofrece capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro y fuera de la red.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**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 obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras se reciben servicios médicos, ambulatorios en un hospital o de centros quirúrgicos ambulatorios.
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Otros medicamentos que toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan.
- El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, puede que necesite pruebas y escaneos adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus gastos totales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento.
- Factores de coagulación que se administra mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos para trasplantes o inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare ha pagado su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare

Dentro de la red

Coseguro del 20% por medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte B y otros artículos cubiertos por Medicare.

Coseguro del 20% del costo total de los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, administrados por un farmacéutico o administrados por un profesional de atención médica.

Pagará un máximo de \$35 por la insulina cubierta por la Parte B de Medicare por cada suministro para 30 días

Puede aplicarse un copago por la visita de consultorio.

Fuera de la red

Coseguro del 40% por medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte B y otros artículos cubiertos por Medicare.

Coseguro del 40% del costo total de los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, administrados por un farmacéutico o administrados por un profesional de atención médica.

Puede aplicarse un copago por la visita de consultorio.

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

(Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.

- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está circunscrito en el hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica, y no puede administrarse el medicamento por su cuenta.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Ciertos medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.
- Medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los medicamentos orales antináuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico anticancerígeno si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como sustituto terapéutico completo de un medicamento antináuseas intravenoso.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD), si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre.
- Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para la ESRD, incluido el

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

medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.

- Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoietina mediante inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar una anemia relacionada con otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).

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

<https://www.mvphealthcare.com/members/resources/prescriptionbenefits>. Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Medicare MVP para obtener más información.

Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.

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

El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que paga

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Detección de la obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida.</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, ofrecemos 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 integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>Dentro y fuera de la red.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y terapia preventiva de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Medicamentos de EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si procede) • Asesoramiento sobre trastornos por uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Hay un copago de \$10 por los servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Hay un coseguro del 30% por servicios del programa de tratamiento con opioides</p>
<p>Pruebas diagnósticas ambulatorias, y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Dentro de la red</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos (puede aplicarse el copago por la visita de consultorio). • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también se cubren desde la primera pinta. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias. <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Coseguro del 20% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$55 por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$410 por cada servicio de radiología diagnóstica TEP, TAC, RMN, MRA o NUC cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por análisis de sangre.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Copago del 40% por cada servicio de radiología diagnóstica TEP, TAC, RMN, MRA o NUC cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por análisis de sangre.</p>
<p>Observación ambulatoria en hospitales</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se prestan para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o si puede ser dado de alta.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 20% por cada estadía de observación en el hospital ambulatoria.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Para que los servicios de observación ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se proporcionan por pedido de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Aviso: A menos que el proveedor haya emitido un pedido para admitirlo como paciente internado, es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios ambulatorios hospitalarios. Aunque permanezca internado en el hospital durante la noche, puede que aún lo consideren paciente ambulatorio. Si usted no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>, disponible en 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.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada estadía de observación en el hospital ambulatoria.</p>
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Copago de \$115 por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de detección y prevención cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 20% por servicios de observación.</p> <p>Coseguro del 20% por cirugía ambulatoria en el hospital.</p> <p>Coseguro del 15% por atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>Copago de \$60 por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y sustancia biológicas que no puede administrárselas usted mismo 	<p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 30% por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>
<p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Coseguro del 30% por cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Aviso: A menos que el proveedor haya emitido un pedido para ingresarlo como paciente internado, es paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios ambulatorios hospitalarios. Aunque permanezca internado en el hospital durante la noche, puede que aún lo consideren paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	<p>Coseguro del 20% por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$45 por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$55 por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$410 por cada RMN, TC o TEP cubierta por Medicare.</p>
<p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare: <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?) Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 por suministros médicos.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por servicios de observación.</p> <p>Coseguro del 40% por cirugía ambulatoria en el hospital.</p> <p>Coseguro del 40% por atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>Coseguro del 40% por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Coseguro del 40% por cada procedimiento/prueba de diagnóstico cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
	<p>Coseguro del 40% por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada RMN, TC o TEP cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por suministros médicos.</p>
<p>Atención ambulatoria de salud mental</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 (CSW), enfermero especialista clínico (CNS), consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), enfermero especialista (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado en Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$10 por cada visita individual o grupal de terapia cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 30% por cada visita individual o grupal de terapia cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios hospitalarios, consultas de terapeutas independientes e instalaciones integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 por día por visitas de terapia.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por día por visitas de terapia.</p> <p>Los límites de dinero se aplican a todos los servicios de terapia ambulatoria. El límite de dinero también se aplica a los servicios de terapia en centros de enfermería especializada (SNF) y en los departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias ilícitas Se proporcionarán diagnóstico, desintoxicación (eliminación de sustancias tóxicas) y servicios de rehabilitación ambulatoria en casos de abuso o adicción a sustancias.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$10 por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 30% por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluido los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Aviso: Si lo operan en un hospital, debería consultar con su médico si será paciente con internación o ambulatorio. A menos que el profesional emita un pedido para ingresarlo como paciente internado, es paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque permanezca internado en el hospital durante la noche, puede que aún lo consideren paciente ambulatorio.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red Coseguro del 20% por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Coseguro del 15% por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 40% por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Coseguro del 40% por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</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 comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibió en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar titulado (LMFT), o en el consultorio de un consejero profesional licenciado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia conductual (mental) que se ofrece en un departamento ambulatorio de un hospital, un</p>	<p>Dentro de la red Coseguro del 30% por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Dentro de la red Coseguro del 30% por cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>centro comunitario de salud mental, un centro de salud federal certificado o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibió en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o el consultorio de un consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<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"> Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de hospital o cualquier otro lugar Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los solicita para ver si necesita tratamiento médico Ciertos servicios de telemedicina, incluidos servicios urgentemente necesarios, sesiones individuales para servicios especializados en salud mental y psiquiatría, consulta nutricional y servicios de atención primaria <ul style="list-style-type: none"> Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita presencial o por telemedicina. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red o el proveedor de servicios de atención virtual aprobado por el plan. <ul style="list-style-type: none"> Los servicios de atención virtual de MVP proporcionados 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de consultorio al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$60 por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 por cada servicio de dental cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de salud mental en el consultorio o mediante telemedicina cubierta por Medicare.</p> <p>No paga copago ni coseguro por una visita de telemedicina (atención virtual) para recibir servicios proporcionados por Amwell, Galileo y UCM a través de Gia.</p> <p>Pagará el costo compartido aplicable por una visita de telemedicina a través de otros proveedores de Gia, así como de otros proveedores que no sean de Gia aprobados por el plan.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 30% por cada visita de consultorio al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada visita al médico especialista por servicios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>por Amwell, Galileo y UCM a través de Gia están disponibles sin costo compartido. Otros servicios de atención virtual a través de Gia están sujetos al costo compartido aplicable.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las visitas presenciales y las derivaciones están sujetas al copago/costo compartido del plan. Las visitas virtuales con proveedores fuera de Gia pueden estar sujetas al copago/costo compartido correspondiente según el plan. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telemedicina para visitas mensuales en fase terminal relacionada con enfermedades renales para afiliados de diálisis domiciliaria en un centro hospitalario o de acceso crítico en un centro de diálisis renal hospitalario, centro de diálisis renal o en el domicilio del afiliado • Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ictus, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para afiliados con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telemedicina para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> • No es un paciente nuevo y 	<p>Copago de \$60 por cada examen auditivo cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 30% por cada visita de salud mental en el consultorio o mediante telemedicina cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • La revisión no está relacionada con una visita de consultorio de los últimos 7 días y • La revisión no deriva en una visita de consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> • No es un paciente nuevo y • La evaluación no está relacionada con una visita de consultorio de los últimos 7 días y • La evaluación no deriva en una visita de consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible • Consulta con otros médicos por teléfono, internet o historial médico electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Los servicios cubiertos de atención dental no rutinaria se limitan a cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica cancerosa, o servicios que estarían cubiertos si fueran proporcionados por un médico) <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo de pie en martillo o las espolones del talón) • Cuidado de rutina de los pies para personas con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$60 por cada visita cubierta por Medicare (atención médica necesaria para los pies).</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada visita cubierta por Medicare (atención médica necesaria para los pies).</p>
<p> Exámenes de detección para el cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (APE) 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de APE.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas y suministros para colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos, férulas, zapatos protésicos, prótesis de miembros y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis y dispositivos ortopédicos, así como la reparación o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura tras la extirpación o cirugía de cataratas; consulte <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros relacionados.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada artículo cubierto por Medicare y suministros relacionados.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los afiliados que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y un pedido de rehabilitación pulmonar otorgada por el médico que trate la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 30% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una detección del consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, pero no tienen dependencia.</p> <p>Si da positivo en el resultado de consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves presenciales de asesoramiento al año (si es competente y está alerta durante la terapia) impartidas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>para dichas consultas y que es proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la prueba de detección inicial con LDCT:</i> los afiliados deben recibir una orden para una prueba de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide ofrecer una visita de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para las pruebas posteriores de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo solicita y cumple alguna de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra en un riesgo alto porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no lo consideran de alto riesgo, cubrimos una detección única. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilícitas desde su prueba negativa anterior de detección de hepatitis C), cubrimos las detecciones anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección cubierta por Medicare para el virus de la hepatitis C.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir estas ITS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas son solicitadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año, presenciales y de alta intensidad, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio del médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento sobre las ITS.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Las enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a cuidar los riñones y ayudar a los afiliados a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando su médico los deriva, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales a lo largo de la vida • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio está temporalmente fuera de servicio o no esté disponible) • Tratamientos de diálisis con ingreso (si lo ingresan como paciente internado para atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquiera que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria) • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar su diálisis domiciliaria, ayudar en emergencias y revisar el equipo y el suministro de agua) <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 los medicamentos de la Parte B, consulte la sección, <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro de 20% para tratamientos de diálisis ambulatoria.</p> <p>Coseguro del 20% por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro de 20% para tratamientos de diálisis ambulatoria.</p> <p>Coseguro del 40% por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Puede aplicarse un copago por la visita de consultorio.</p>
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para consultar la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12</p>	<p>Dentro de la red</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>No se requiere una hospitalización de 3 días antes de recibir la cobertura.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas que incluyen dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrados de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre también se cubren desde la primera pinta. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF. • Servicios del médico/profesional. <p>Generalmente, recibirá atención en los SNF en instalaciones de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red por la atención en un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o comunidad de retiro de cuidados continuados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que 	<p>Copago de \$0 por día durante los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Copago de \$221 por día durante los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por la atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>Tiene cubierto hasta 100 días en cada periodo de beneficios. Paga el 100% del gasto durante 100 días en un periodo de beneficios.</p> <p>El periodo de beneficios comienza el día de su ingreso en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>ofrezca atención especializada en centros de enfermería).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho reside en el momento en que sale del hospital. <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<p> Abandono del hábito de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento durante un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento durante un período de 12 meses; sin embargo, deberá pagar los costos compartidos correspondientes. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se aplica coseguro, copago ni deducible a los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia por ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La SET está cubierta para afiliados que presentan enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación por EAP por parte del médico responsable del tratamiento de esta.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Coseguro del 30% por cada sesión de terapia por ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Coseguro del 40% por cada sesión de terapia por ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento físico para la EAP en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital ambulatorio o en el consultorio de un médico • Ser impartido por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia por ejercicio para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero especialista en enfermería clínica (CNS) que debe estar capacitado tanto en técnicas básicas como avanzadas de soporte vital <p>El SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no constituye una emergencia, se considera un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, aun estando dentro de dicha área, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red contratados por el plan, dadas las circunstancias de tiempo y lugar y su situación particular. Su plan debe cubrir servicios urgentemente necesarios y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Copago de \$40 por cada visita de atención urgentemente necesaria.</p> <p>Copago de \$115 por cada visita de emergencia o de atención urgente en cualquier parte del mundo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Los costos compartidos de los servicios urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que los de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Está cubierto para recibir atención urgentemente necesaria en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su PCP para coordinar la atención de seguimiento.</p>	
<p> Atención de la vista</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 oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (exámenes de refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto tras cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio tras la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda). La cobertura de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas se basa en las tarifas de pago permitidas por Medicare. MVP no cubre las mejoras ni las características adicionales de los anteojos o lentes de contacto 	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada prueba preventiva de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Coseguro del 20% del monto permitido por Medicare para anteojos o lentes de contacto (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas).</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$0 por cada prueba preventiva de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Copago del 40% por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.</p> <p>Coseguro del 40% del monto permitido por Medicare para anteojos o lentes de contacto (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas).</p> <p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Una asignación de beneficios de \$150 cada año calendario para anteojos complementarios.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina realizado por un proveedor de la red del plan o fuera de ella, con un beneficio del plan de</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>que no sean médicamente necesarias o que no estén cubiertas por Medicare. Solo se cubren las lentes intraoculares (LIO) convencionales para reemplazar un cristalino dañado. No se cubren las lentes intraoculares implantadas durante una cirugía de cataratas para corregir la presbicia o el astigmatismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes correctivos y marcos (y sus reemplazos) necesarios después de una cirugía de extracción de cataratas sin implante de lente intraocular. • Un examen de la vista de rutina al año. • Asignación del beneficio para la compra de anteojos o lentes de contacto complementarios cada año calendario. Los anteojos sin receta y las gafas de seguridad requeridas para el empleo no están cubiertas. • La asignación complementaria para anteojos se aplica únicamente al valor de venta al público. Los descuentos en tiendas y ofertas promocionales no pueden combinarse con la asignación para anteojos. 	<p>hasta un máximo de \$70. Se limita a un examen de la vista de rutina por año calendario. Si se prestan servicios de diagnóstico durante un examen de la vista de rutina, usted será responsable de pagar los costos compartidos correspondientes al examen de la vista de diagnóstico.</p>
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre la visita preventiva única de Bienvenida a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Solo cubrimos la visita preventiva de Bienvenida a Medicare dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.</p>

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Beneficios dentales**

La tabla a continuación contiene la lista completa de los códigos y procedimientos dentales cubiertos por el plan. Consulte la sección Servicios dentales complementarios de la Tabla de beneficios médicos anterior para conocer las limitaciones de los servicios.

Odontología preventiva

Código CDT	Descripción del beneficio	Categoría del beneficio
D0120	Evaluación bucal periódica	Exámenes bucales
D0140	Evaluación bucal limitada, centrada en un problema específico	Exámenes bucales
D0150	Evaluación bucal integral para pacientes nuevos o existentes	Exámenes bucales
D0170	Reevaluación limitada, centrada en un problema específico	Exámenes bucales
D0210	Serie completa de imágenes radiográficas intraorales	Radiografías dentales
D0220	Primera imagen radiográfica periapical intraoral	Radiografías dentales
D0230	Cada imagen radiográfica periapical intraoral adicional	Radiografías dentales
D0250	Imagen radiográfica extraoral de proyección bidimensional (2D) obtenida mediante una fuente de radiación y un detector estacionarios	Radiografías dentales
D0270	Imagen radiográfica interproximal (aleta de mordida) única	Radiografías dentales
D0272	Dos imágenes radiográficas interproximales	Radiografías dentales
D0273	Tres imágenes radiográficas interproximales	Radiografías dentales
D0274	Cuatro imágenes radiográficas interproximales	Radiografías dentales
D0330	Imagen radiográfica panorámica	Radiografías dentales
D1110	Profilaxis para adultos	Profilaxis (limpieza)

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan? (exclusiones)

En esta sección se informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla siguiente enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

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

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo salvo bajo las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de urgencias, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si el servicio se apela y se decide: en apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugía o procedimientos estéticos	<p>Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con una malformación</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la reconstrucción de la mama no afectada a fin de lograr una apariencia simétrica</p>
Atención de custodia <p>La atención de custodia es un tipo de atención personal que no requiere la asistencia continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse</p>	No está cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>	<p>Puede estar cubierto por Original Medicare mediante un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cargos por la atención prestada por familiares inmediatos o miembros de su hogar	No está cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No está cubierto bajo ninguna condición
Entrega de comidas a domicilio	No está cubierto bajo ninguna condición
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria que se presta a tiempo parcial o de forma intermitente.
Los servicios de ayuda doméstica incluyen asistencia con las tareas básicas del hogar, como la limpieza ligera o la preparación de comidas sencillas	No está cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Calzado que forma parte de una férula para la pierna y está incluido en el costo de la férula. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Objetos personales de la habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No está cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Solo está cubierto cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No está cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Consulte la sección Servicios dentales de la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para personas con baja vista	<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular. • Su plan incluye beneficios adicionales de atención de la vista. <p>Consulte la sección Atención de la vista de la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Cuidado de los pies de rutina	Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	<p>Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos.</p> <p>Consulte la sección Servicios de audición de la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de los medicamentos para cuidados paliativos.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete) que le haga una receta válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que recete no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan**

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Cómo encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web (mvphealthcare.com) o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa sale de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que utiliza permanece en nuestra red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que le convenga cambiar a otra farmacia de la red o a una farmacia preferida, si hay alguna disponible. Para encontrar otra farmacia en su zona, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en mvphealthcare.com.

¿Necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben ser surtidas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

1. Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión domiciliaria.
2. Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un LTC, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

3. Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud para Indígenas, a los programas de salud tribales y a los programas de salud para indígenas urbanos (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
4. Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o formación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* en **mvphealthcare.com**. o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicios de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proporcionan por correo son medicamentos que se toman regularmente, para una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con un “**NM**” en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare.

Normalmente, un pedido de farmacia por correo se entrega en un plazo no superior a 14 días. Si no tiene una cantidad suficiente de su medicamento para 14 días, pídale a su médico que le dé una segunda receta para un suministro de 30 días y surta esa receta en una farmacia minorista de la red mientras espera que llegue su suministro por correo. Si su envío de medicamentos por correo se retrasa, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que tenga sus medicamentos cuando los necesite.

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

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

- Ha utilizado servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se suscribe para recibir automáticamente todas las nuevas recetas recibidas directamente de los proveedores sanitarios. Puede solicitar la entrega automática de todas las nuevas recetas en cualquier momento comunicándose con Atención al Cliente de CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Si recibe automáticamente una receta por correo que no quiere, y no lo contactaron para saber si la quería antes de que se enviara, podría ser elegible para un reembolso.

Si anteriormente utilizó el servicio de pedidos por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con Atención al Cliente de CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

Si nunca ha utilizado nuestra entrega por correo o decidió dejar de surtir automáticamente nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para saber si quiere que el medicamento se surta y envíe 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.

Para optar por no recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de salud, comuníquese con Atención al Cliente de CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

Resurtido en recetas por correo. Para resurtidos, comuníquese con su *farmacia* 14 días antes de que su receta actual se acabe para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando consigue un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman de forma regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo).

- Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
- También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan**

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus recetas como afiliado de nuestro plan. **Consulte primero con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. Al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en las siguientes circunstancias:

En general, debe usar una farmacia fuera de la red solo en situaciones limitadas. Puede utilizar una farmacia fuera de la red cuando no esté disponible una farmacia dentro de la red o si está intentando surtir un medicamento con receta cubierto que no se tiene regularmente en una farmacia minorista o por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos especializados).

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, normalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte habitual de costos) en el momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo pedir a nuestro plan que le devuelvan el dinero). Puede que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de Medicamentos solo incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que es:

- aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta, o
- respaldado por determinadas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.
- Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero considerados fuera del formulario para otras enfermedades. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de Medicamentos y en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podría ser 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 llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener las definiciones de tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos**

Nuestro 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. (Consulte la Sección 7 para obtener más información).
- 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 figure en la Lista de Medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

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

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

- **Nivel 1; medicamentos genéricos preferidos:** incluye medicamentos genéricos seleccionados que se utilizan para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- **Nivel 2; medicamentos genéricos:** incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 3; medicamentos de marca preferida:** incluye los medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles cuestiones de seguridad o al alto costo del medicamento.
- **Nivel 4; medicamentos no preferidos:** incluye a todos los demás medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos de nuestro Formulario.
- **Nivel 5; medicamentos especializados:** incluye medicamentos genéricos especializados y de marca de alto costo. Este es el nivel de costos compartidos más altos.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos se indica en el Capítulo 6 (Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D). Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?**

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. La Lista de Medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros afiliados. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**mvphealthcare.com**). La Lista de Medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan (visite Caremark.com, haga clic en el botón Register (Registrarse) y siga las instrucciones para registrarse, o llamando al Centro de Atención al Cliente de Medicare MVP) para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista que puedan tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que tome o quiera tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien médicamente que uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a 2 al día; comprimido frente a líquido).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 4.2 Tipos de restricciones**

Si hay una restricción para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si quiere que lo eximamos de la restricción, debe usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción.** Puede que aceptemos o no renunciar a la restricción para usted (consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama **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 nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestra página web (mvphealthcare.com)

Probar otro medicamento primero

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede requerir que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamentos se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestra página web.

Límites de cantidad

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que le gustaría?**

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

- Puede que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento.
- **El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más altos de lo que cree que deberían ser.**
- **Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más elevado de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

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

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

Puede que consiga un suministro temporal.

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que tome **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan O estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos surtidos múltiples para proporcionar hasta un suministro máximo de medicamentos para 30 días. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de cuidados prolongados puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los afiliados que llevan más de 90 días en nuestro plan y viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está hecha para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que use un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de 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.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que hagan una excepción y cubran el medicamento de la manera que quieran. 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 pedir a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. O puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

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

SECCIÓN 6 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir 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: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos regularmente nuestra Lista de Medicamentos en línea. A veces, recibirá un aviso directo si se producen cambios en un medicamento que toma.

Cambios que podríamos hacer en la Lista de Medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatos en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
 - Al añadir una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a otro nivel de costos compartidos, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo o en un nivel de costo compartido menor y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un nombre comercial o ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más adelante, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el mismo medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le contaremos cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatos en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
 - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a otro nivel de costos compartidos, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que añadimos estará en el mismo o en un nivel de costo compartido menor y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un nombre comercial o añadimos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

- **Eliminar medicamentos no seguros 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 ocurre, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo diremos después de hacer 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 hacer estos cambios o de avisarle del cambio y cubriremos una renovación adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que receta sobre las opciones que mejor le funcionen, incluido cambiar a otro medicamento para tratar su afección, o pedir una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando. Usted o el profesional que receta pueden pedirnos una excepción para seguir 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 del plan actual

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Hemos puesto una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que tome (excepto en caso de retirada del mercado, un genérico que sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su consumo ni lo que pague como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que tome que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y el medicamento solicitado no está excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Aquí tiene 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
 - Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
 - Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de indicación* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX. *El uso fuera de indicación* es cualquier uso del medicamento distinto a aquel indicado en la etiqueta del medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos usados para aliviar los síntomas de tos o resfriado
- Medicamentos usados con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas o servicios de monitoreo asociados solo se pueden adquirir al fabricante como condición de venta

Si obtiene Extra Help para pagar sus recetas, este no pagará medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponibles para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6 de Medicaid).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene su información de membresía del plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información, 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, **puede que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla**. Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestro 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 cubierta por el plan?

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?**

Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de cuidados de larga duración, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* **mvphealthcare.com** para saber si la farmacia de su centro de cuidados de largo plazo o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de largo plazo.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o jubilado?

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese **con el administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* respecto a su cobertura colectiva. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debería enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es acreditable.

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

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

Guarde cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque puede que necesite estos avisos más adelante para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antináuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación tanto del profesional que receta como de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos o le den de alta de los cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando se termine su beneficio de cuidados paliativos 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

Realizamos revisiones sobre el consumo de medicamentos para asegurarnos de que nuestros afiliados reciban una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los afiliados a usar los medicamentos opiáceos de manera segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que se usan inadecuadamente con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que recibe de varios profesionales que recetan o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opiáceos, podemos hablar con los profesionales para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con los 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 incorporamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que consiga todas sus recetas de opiáceos o benzodiacepinas en una o ciertas farmacias.
- Exigirle que consiga todas sus recetas de opiáceos o benzodiacepinas de un determinado profesional que receta.
- Limitar la cantidad de opiáceos o benzodiacepinas que cubriremos por usted.

Si planeamos limitar cómo consigue estos medicamentos o cuánto puede conseguir, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si tendrá que obtener las recetas solo de un profesional que receta o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere utilizar, y 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 confirmando dicha limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le brindaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será incorporado a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o atención al final de la vida, o si reside en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 10.2 Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros afiliados con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros afiliados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un costo específico de medicamentos o que están en un DMP para ayudarles a usar opioides de forma segura, pueden acceder a servicios a través de un programa MTM. Si cumple los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro proveedor de atención médica le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, podrá 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 con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuánto los toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo eliminaremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

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

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si forma parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted**. Le enviamos un documento complementario, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

En este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir al recibir los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), para buscar información sobre la cobertura de medicamentos, el gasto que ve muestra una estimación de los costos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Hay 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que pueden pedirle que pague:

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

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo**

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué no para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes fases de pago:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de otro plan de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos efectuado mediante Extra Help de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Etapas de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) ha gastado un total de \$2,400 en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para cobertura fuera de la red.

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

- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas sanitarios financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de cubrir los costos de las recetas (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento de fabricantes.

Recordatorio: si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o todos sus gastos de bolsillo por medicamentos, está obligado a informar a nuestro plan llamando al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos totales de su bolsillo

- La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB) que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,400, la *EOB de la Parte D* le informará que abandonó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Cuánto paga por cada receta depende de la etapa en la que le surtan o vuelvan a surtir la receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica**

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra**

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted realiza cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De este modo, podemos avisarle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de gastos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Gastos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el gasto total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el gasto total de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de receta, si corresponde.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos**

Para llevar un control de los gastos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y cuánto paga.
- **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 necesaria para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus gastos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**

Quando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento, eso no forma parte del beneficio de nuestro plan.

Quando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente fabricante de medicamentos.

Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si le cobran por un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos 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 Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelo para que podamos controlar sus gastos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información está completa y correcta. Si cree que falta algo o tienes pregunta, llama a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 4 La Etapa de deducible**

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Pagará un deducible anual de \$700 por los medicamentos de los niveles 2 a 5. El **costo total** suele ser inferior al precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tasas de dispensación de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$700 por sus medicamentos de los niveles 2 a 5, dejará la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1; medicamentos genéricos preferidos:** incluye medicamentos genéricos seleccionados que se utilizan para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- **Nivel 2; medicamentos genéricos:** incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **Nivel 3; medicamentos de marca preferida:** incluye los medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles cuestiones de seguridad o al alto costo del medicamento. Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

- **Nivel 4; medicamentos no preferidos:** incluye a todos los demás medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos de nuestro Formulario. Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5; medicamentos especializados:** incluye medicamentos genéricos especializados y de marca de alto costo. Este es el nivel de costos compartidos más altos. Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus elecciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Farmacia por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, visite el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias*, **mvphealthcare.com** de nuestro plan.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro mensual de un medicamento cubierto

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sus costos por un *suministro mensual* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido en comercio minorista estándar (de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido en cuidados a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Costo compartido de Nivel 1 Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0, más cualquier diferencia de costos con respecto a los proveedores de la red
Costo compartido de Nivel 2 Genérico	Copago de \$2	Copago de \$2	Copago de \$2	Copago de \$2, más cualquier diferencia de costos con respecto a los proveedores de la red
Costo compartido de Nivel 3 Marca preferida	Coseguro del 16%	Coseguro del 16%	Coseguro del 16%	Coseguro del 16%, más cualquier diferencia de costos con respecto a los proveedores de la red

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

Nivel	Costo compartido en comercio minorista estándar (de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido en cuidados a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Costo compartido de Nivel 4 Medicamentos no preferidos	Coseguro del 43%	Coseguro del 43%	Coseguro del 43%	Coseguro del 43%, más cualquier diferencia de costos con respecto a los proveedores de la red
Costo compartido de Nivel 5 Nivel de medicamentos especializados	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%, más cualquier diferencia de costos con respecto a los proveedores de la red

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes**

Normalmente, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran tener menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete y a su farmacéutico que dispense un suministro de menos de un mes completo si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si consigue menos de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro completo del mes.

- Si es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por el número de días que reciba en lugar de un mes entero. Calculamos el monto que paga al día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días para los medicamentos de Nivel 1 y de hasta 90 días para los medicamentos de los Niveles 2 a 4.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

En la siguiente tabla se muestra cuánto paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**Sus costos por un suministro a *largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel	Costo compartido en comercio minorista estándar (de la red) (Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1. Suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 4).	Costo compartido de pedido por correo (Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1. Suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 4)
Costo compartido de Nivel 1 Genérico preferido	Copago de \$0	Copago de \$0
Costo compartido de Nivel 2 Genérico	Copago de \$6	Copago de \$4
Costo compartido de Nivel 3 Marca preferida	Coseguro del 16%	Coseguro del 16%
Costo compartido de Nivel 4 Medicamentos no preferidos	Coseguro del 43%	Coseguro del 43%
Costo compartido de Nivel 5	No se ofrece un suministro a largo plazo para los medicamentos de Nivel 5.	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos de Nivel 5.

No pagará más de \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,400.

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos totales que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,400. Luego, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un control de cuánto ha gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre por sus medicamentos durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de dinero de bolsillo de \$2,400 en un año.

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

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica**

En la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Ingresará a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$2,400 para el año calendario. Una vez que ingrese a la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta finales del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas en la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas listadas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre más vacunas para adultos de la Parte D sin costo, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D se compone de 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la propia vacuna**.
- La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

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

- 1. La vacuna debe estar recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por ACIP y no tienen costo.
- 2. Dónde se vacuna.**
 - La propia vacuna puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le da la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O un profesional puede administrársela en el consultorio del médico.

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

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando se vacuna, puede que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor para que se la administre. Puede pedir a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando se vacuna, solo paga su parte del costo bajo su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de adultos de la Parte D, no paga nada.

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

Situación 1: Le ponen la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta elección dependerá de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de adultos de la Parte D, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago correspondiente: coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan cubrirá el resto de los costos.

Situación 2: Se pone la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Cuando se pone la vacuna, puede que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor para que se la administre.
- Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su correspondiente: coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, puede que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si obtiene “Extra Help”, le reembolsaremos esta diferencia)

CAPÍTULO 7:

Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse el monto pagado). Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan siempre que haya pagado más de la parte del costo que le corresponde por los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no sirve, mándenos la factura en vez de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertas, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, aún tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que necesite pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.

Cuando recibe atención de un proveedor que no pertenece a nuestra red, solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde. (La parte del costo que le corresponde pagar puede ser mayor si acude a un proveedor fuera de la red que a uno de la red). Solicite al proveedor que facture a nuestro plan la parte del costo que nos corresponde pagar.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Los proveedores de servicios de emergencia están obligados por ley a brindar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde por los servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Puede que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
 - Si el proveedor debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.
- Aunque puede recibir su atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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 directamente a nuestro plan y cobrarle a usted únicamente la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de la parte del costo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales separados, llamados facturación de saldo. Esta protección (que nunca paga más del monto de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra 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 que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
 - Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con los comprobantes de los pagos que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que le correspondía pagar según nuestro plan.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan**

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado).

Si estaba inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puedes pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Necesita presentar documentos como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, puede que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso ocurre, tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber más sobre estas circunstancias. Puede que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo completo de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía con usted

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía con usted, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o consultar la información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, puede que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Puede que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por la receta.

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

Puede que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que debería aplicarse. Si decide conseguir el medicamento inmediatamente, puede que tenga que pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, puede que necesitemos obtener más información de su médico para devolverle nuestra parte del costo. Puede que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por la receta.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió

Puede pedirnos que le devolvamos 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 buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

Debe presentar su reclamo dentro del año en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarnos de que nos dé toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Para garantizar un procesamiento rápido de su reclamo, las facturas presentadas deben incluir lo siguiente (contacte con su proveedor para obtener cualquier información adicional):
 - El nombre y la dirección del proveedor (en papel con membrete) del servicio o suministro (por ejemplo, médico u hospital), incluidos los números de identificación fiscal y NPI.
 - El nombre completo del paciente y el número de identificación del plan de salud.
 - Códigos HCPCS o CPT para el tipo de servicio prestado (por ejemplo, visita de consultorio, radiografía de tórax).
 - Lugar de servicio (por ejemplo, internación o ambulatorio, consultorio).
 - Fecha y cargo por cada servicio o suministro prestado.
 - Código CIE-CM para la afección médica por la que se trató al paciente (por ejemplo, examen rutinario, tos, hipertensión).
 - Si otra aseguradora ha realizado el pago por este servicio, debe presentarse una explicación de los beneficios de esa aseguradora junto con el reclamo.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**mvphealthcare.com**) o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Capítulo 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamaciones médicas:

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que la parte del costo que le corresponde pagar a nuestro plan no equivalga al monto total que usted 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 al precio que negociamos). Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* ha seguido todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 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 está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural

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 alternativos, etc.)

Nuestro plan es necesario para garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o personas con diversos orígenes culturales y étnicos. Entre los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación y el acceso a dispositivos de teletipo o TTY (teléfono de texto o teléfono teletipográfico).

Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de intérpretes para responder preguntas de afiliados que no hablen inglés. También podemos ofrecerle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si la necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte en un formato que se adapte a sus necesidades, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios rutinarios y preventivos de salud femenina.

Si no hay proveedores de la red de nuestra red disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen 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 de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir a este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare para presentar una queja (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 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor dentro de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación y pagar el monto de costo compartido correspondiente a los proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y recibir servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si cree que no está obteniendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 dice lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historiales médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus historiales médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control sobre cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado *Aviso de Práctica de Privacidad*, que explica estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información de salud. *[Los planes pueden incluir el Aviso de Prácticas de Privacidad, según lo exige la Norma de Privacidad de la HIPAA (45 C.F.R. § 164.520)].*

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de facilitar su información de salud a alguien que no le preste atención o no pague por ella, *estamos obligados a obtener permiso por escrito suyo o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias por ley.

Estamos obligados a facilitar información sanitaria a las agencias gubernamentales que revisan la calidad de la atención.

Como es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar su información sanitaria de Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare facilita su información para investigación u otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de forma única.

Puede revisar la información en sus registros y conocer con quién se ha compartido

Tiene derecho a consultar sus historiales médicos que tenemos en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus historiales médicos. Si nos pide esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y farmacias.** 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 normas que debe seguir al utilizar 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 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 un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sobre sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones *de tratamiento de una manera que pueda entender*.

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.** Tiene derecho a que se informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a gestionar sus medicamentos y a consumirlos de forma segura.
- **Para conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Debe informarse con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta forma 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 otra instalación médica, incluso si su médico le aconseja no marcharse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le ocurra a su organismo como resultado.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué hacer si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo**

A veces, las personas se quedan incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que pase si está en esta situación. Esto significa *que, si quiere*, puede:

- Completar un formulario escrito para dar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar instrucciones** escritas a sus médicos sobre cómo quiere que gestionen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones con antelación en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

- **Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:**
 - **Conseguir un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de material de oficina. A veces, puede recibir formularios de directiva anticipada de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
 - **Completar el formulario y firmarlo.** No importa dónde consiga este formulario, es un documento legal. Considere que un abogado le ayude a prepararlo.
 - **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario, que pueda tomar decisiones por usted si no puede. Puede que quiera regalar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluido si quiere firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**Si no se siguen sus instrucciones**

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar una queja 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 tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento explica qué puede hacer. Haga lo que haga, si pide una decisión sobre la cobertura, o presenta una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, creencia, edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para afrontar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a Servicios al Afiliado** al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame al SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios al Afiliado** al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame al SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [Medicare Rights & Protections](#))

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan

Lo que debe hacer como afiliado de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para acceder a estos servicios.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué servicios están cubiertos y las normas que debe seguir para recibirlos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** En el Capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía a nuestro plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros profesionales proporcionándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como afiliado del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o medicamento.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, deberá hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
- Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá seguir pagando ese monto adicional directamente al gobierno para continuar afiliado al plan.
- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para mantener su historial de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera de* nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, necesita utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para pedir ayuda. En algunas situaciones, también puede que necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Las siguientes dos organizaciones pueden ayudar:

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros ni plan de salud. Los orientadores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que tiene. También pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre qué hacer.

Los servicios de los orientadores de SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía sobre decisiones y apelaciones sobre cobertura.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo formular una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

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

Solicitar decisiones sobre la cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos una atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red de planes lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión favorable de cobertura a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso estándar de denegación para este especialista, o la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, 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 desestimamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura 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 para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores diferentes de 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 comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando terminemos la revisión, le damos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, 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 desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explica por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer 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.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se explican con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, podría continuar con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí tiene recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf))

Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.

Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.

Puede pedir a alguien que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)). Este formulario da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. 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 contactar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado en su colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. En este capítulo, proporcionamos información detallada sobre cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** ¿Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto?
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*esta sección solo se aplica a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no tiene claro qué información le corresponde, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos 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 alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea, y cree que nuestro plan cubre esa atención. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. Tiene atención médica que cree usted cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Haga una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por una atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y quiere pedir a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Mándenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Haga una apelación. Sección 5.3.**

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), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

- Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización.**
- Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada.**

Paso 1: Decidir si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, 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 2 requisitos:

- Puede *solo solicitar* cobertura para artículos médicos o servicios (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas posteriores a haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, 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 nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, 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 nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Para obtener más información sobre quejas, consulte la Sección 10). Le llamaremos en cuanto 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.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura médica, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesitan una apelación rápida. Si su médico nos dice 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 que figuran en la Sección 5.2.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días** calendario desde la fecha indicada en el aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si pierde este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de justificación pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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 cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examina detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - 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 nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el periodo extendido si hemos tardado días extra), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que solicitó,** remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica nos lo exige.
 - Sin embargo, 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 nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o antes de que termine el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a 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 de la Parte B.
- **Si nuestro plan dice que no a parte o a toda su apelación,** 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de caso**. Podemos cobrar una tarifa 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 sobre su apelación.

Si tenía una apelación rápida de Nivel 1, también tendrá una apelación rápida de Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** desde 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 beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si tardan días extra, lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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 independiente 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 de la Parte B, 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si tardan días extra, lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas** disponemos de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización no acepta una parte o toda su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura médica no debería ser aprobada. (Esto se denomina **mantener la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. El aviso 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.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo puede ser necesario solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

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, comprobaremos si la atención médica que ha pagado está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y sigue las normas, normalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendarios después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *not* 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 rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones 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 recibir su apelación. Si nos pide que le devuelvan los ingresos por la atención médica que ya ha recibido y pagado, no puede pedir una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días 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 pidió a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

Sección 6.1 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 la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, 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 las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede ser surtida tal y como está escrita, le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión sobre la 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 alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una excepción a una restricción de la cobertura de medicamentos de nuestro plan (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, los criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitar el pago de un monto de costo compartido más bajo para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la preaprobación para un medicamento. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devuelvan el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción**Términos legales:**

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

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

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción por niveles**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que desearía, 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 explicarle las razones médicas por las que necesita que la excepción sea aprobada. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos está en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto menor sea el número de nivel de costos compartidos, menos pagará como parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
 - Si aprobamos su solicitud de excepción por niveles y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico u otro profesional que receta debe darnos una declaración que explique las razones médicas por las que pide una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección concreta. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción por niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y dicho medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

Paso 1: Decidir si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida.

Las decisiones sobre la cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** tras recibir su solicitud. Las **decisiones sobre la cobertura estándar** se toman en un plazo de **24 horas** tras recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir que le devuelvan la decisión rápida de cobertura por un medicamento que ya ha comprado).
- 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 dice que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o un profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Explica que puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Pedir una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura.

Empiece llamando, escribiendo o enviando 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, incluidas las solicitudes presentadas mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web

<https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/forms/coverage-determination>.

El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** la que contiene el fundamento médico para la excepción. Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Analizamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión rápida de cobertura***

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos 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 informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos **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 informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó,** también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de 14 días calendario desde que recibimos 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 informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

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

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días calendario. Generalmente, se presenta una apelación rápida en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta tendrá que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-665-7924.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas mediante el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web:
<https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/forms/coverage-determination>. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha indicada en el aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si pierde este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de justificación pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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 cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos ponernos en contacto con usted, con su médico u otro profesional que recete para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se 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 acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **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 y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos lo obliga.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.
- ***Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***
 - Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
 - **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de **30 días calendario** desde que recibimos 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 informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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 apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada con nosotros ni 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 ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que no a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha indicada en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de caso**. Podemos cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente 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 nos pide que le devuelvan el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** desde que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** tras recibir la decisión de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** tras recibir la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Y si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si esta organización no acepta **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 llama **mantener la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día que deja el hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y su petición será considerada.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

En un plazo de 2 días calendario desde su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o enfermero), pídaselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. Le indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber qué son estos servicios, quién los pagará y dónde puede conseguirlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones relacionadas con su hospitalización.
- Dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.

- A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios durante más tiempo, utilice el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tienes pregunta o necesita ayuda, llama a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifique si la fecha de alta que planea 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 de alta hospitalaria de las personas con 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 rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe 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 este plazo**, se puede quedar en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ella* mientras espera la decisión de la Organización para la 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.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso Detallado de Alta**. Este aviso indica la fecha prevista de alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener un modelo del **Aviso Detallado de Alta** llamando a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener un modelo del aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaran de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte con la fecha prevista de alta que ha solicitado. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su reclamación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice que *sí*, **debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, significa 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 *siguiente a* que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y decide quedarse en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al *Nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el gasto total de su hospitalización después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comunicarse de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicitar 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 analizarán detenidamente una vez más toda la información sobre 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 independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria de internación mientras sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte de los gastos y las limitaciones de cobertura pueden aplicarse.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de 5 niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención domiciliaria, cuidados de enfermería especializada o rehabilitación (Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que vamos a terminar la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de No Cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más largo.
2. **Le solicitarán a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de detener la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pedir ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llama a Atención al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos 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 decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo contactar 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** en el *Aviso de No Cobertura de Medicare*.
- Si pierde el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto del *Aviso de No Cobertura de Medicare*. También puede buscar 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.

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

Término legal:

Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso en el que se detallan las razones para terminar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcione nuestro plan.
- Al final del día, cuando los revisores nos informen de su apelación, recibirá la *Explicación Detallada de No Cobertura* de nuestra parte, que explica en detalle nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesita; los revisores le informarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, entonces **debemos seguir ofreciendo su servicio cubierto mientras sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, **su cobertura terminará en la fecha que le dijimos.**
- Si decide seguir recibiendo atención domiciliaria, cuidados en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esa fecha en la que termina su cobertura, **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación de Nivel 1 y decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura para la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, pida a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo total de su atención de salud domiciliaria, o cuidados en centros de enfermería especializada, o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comunicarse de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro los 60 días calendario** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad diga que *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de dicha 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 analizarán detenidamente una vez más toda la información sobre su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización independiente de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y puede que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización independiente de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario tras recibir la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento acompañante. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión ante el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario desde que el Consejo tome la decisión.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es no o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten acudir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si responde *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto en dólares, es posible que pueda llegar a niveles adicionales de apelación. Si el monto es menor, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá 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 forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué pasos seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si responde sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas gestiona el proceso de quejas?

El proceso de quejas es *solo* utilizado para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. Aquí tiene ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de reclamación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? ¿No está satisfecho con nuestros Servicios al Afiliado? ¿Siente que lo están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado para conseguirla? ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por parte de nuestro Servicios al Afiliado u otro miembro del personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o de examen, o conseguir una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le hemos dado el aviso obligatorio? ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en cuanto a las decisiones y apelaciones de la cobertura)	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Aquí tiene ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos solicitó una <i>decisión rápida sobre la cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y dijimos que no; puede presentar una queja. Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos aprobados; puede presentar una queja. Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.2 Cómo presentar una queja****Términos legales:**

Una **queja** también se llama **reclamación**.

Presentar una queja también se llama **presentar una reclamación**.

Utilizar el proceso para reclamaciones se denomina **usar el proceso para presentar una queja**.

Una **queja rápida** también se llama **reclamación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros cuanto antes, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicios al Afiliado se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos por escrito.
- Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2. Intentaremos resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito, presenta una queja por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito en un plazo de 30 días. Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto lo llamamos procedimiento de reclamación.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde que tuvo el problema que quiere reclamar.

Paso 2: Investigamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, puede que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se resuelven en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, **podemos dedicar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si presenta una queja porque hemos denegado su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos una reclamación rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta para usted.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). 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:

Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a finalizar su membresía en nuestro plan

Finalizar su membresía en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) puede ser **voluntario** (por elección) o **involuntario** (no por elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *desea* dejarlo. Las secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo finalizar voluntariamente su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y medicamentos con receta, y seguirá pagando su parte de costos hasta que termine su membresía.

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Periodo de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos, y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Periodo de Inscripción Abierta** 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 cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Si elige esta opción y recibe Extra Help, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que rechace la inscripción automática.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

Aviso: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más consecutivos, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes después de que reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo Especial de Inscripción**.

Podría ser elegible para finalizar su membresía durante un Periodo Especial de Inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para ver la lista completa puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

- Normalmente, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si reúne los requisitos para recibir “Extra Help” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).
- **Aviso:** Si estás en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar sus planes. En el Capítulo 5, Sección 10, se cuenta más sobre los programas de administración de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si cumple con los requisitos para un Periodo 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 optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir:

- 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.
- O Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Aviso: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más consecutivos, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía suele finalizar el primer día del mes después de que reciba su solicitud para cambiar su plan

Si recibe Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos cubiertos:

Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no tener la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Encuentre la información en el manual de **Medicare y Usted 2027**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan**SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

• Para cambiar de nuestro plan a:	• Esto es lo que hay que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribáse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Será dado de baja automáticamente de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Será dado de baja automáticamente de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para darlo de baja. Llame a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar ser dado de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Será dado de baja de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que su membresía finalice, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando nuestras farmacias de la red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

- **Si lo hospitalizan el día que termina su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que empiece su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en ciertas situaciones

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra zona de servicio.
- Si está fuera de nuestra zona de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si se encuentra en prisión.
- Si ya no es ciudadano estadounidense, nacional de los Estados Unidos o extranjero que reúne los requisitos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos da información incorrecta intencionadamente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero consigamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que sea disruptiva y dificulta que podamos prestarle atención médica a usted y a otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero consigamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de afiliado para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero consigamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría investigar su caso mediante el Inspector General.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si no paga las primas de su plan durante 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima de su plan antes de que terminemos su membresía.
- Si tiene que pagar la cantidad extra de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo de salud.

¿Qué debería hacer si esto ocurre?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan por motivos de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

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 regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como el nuestro, 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 de 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 apliquen a organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene preocupaciones 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 la Oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios al Afiliado al 1-800-665-7924 (los usuarios TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, por ejemplo, por un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios al Afiliado puede ayudarlo.

Capítulo 11: Avisos legales**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del 42 CFR, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Monto permitido: el monto máximo del cargo facturado que determina que el plan debe pagar por los servicios cubiertos

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supere las 24 horas.

Periodo de Inscripción Abierta: el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o cambiar a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que se 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 pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del monto permitido por nuestro plan de costos compartidos. Como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni le cobren más del monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Periodo de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios.

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

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Biosimilar: un producto biológico 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 por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento 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) han gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Coseguro: un monto que puede que tenga que pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar sus deducibles.

Monto máximo de bolsillo combinado: este es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios. Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener información sobre su monto máximo de bolsillo combinado.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, incluida fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y del habla, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Copago (o copago): un monto que puede que tenga que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria 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 debe pagar cuando se obtienen servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de la cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si lo hay, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice 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: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de salud cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Atención de custodia: la atención de custodia es una atención personal que se ofrece en una residencia de ancianos, cuidados paliativos u otro centro de cuidados cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades profesionales ni capacitación, incluye ayuda en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, meterse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Tarifa diaria de copago: puede aplicarse una tarifa diaria de copago cuando su médico le receta menos de un mes completo de ciertos medicamentos y tiene que pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro mensual. Aquí tiene un ejemplo: si su copago por un suministro mensual de un medicamento es \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Baja o baja de inscripción: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tasa de dispensación: una tasa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para cubrir el costo del surtido de una receta, como el tiempo que el farmacéutico tiene para preparar y empaquetar la receta.

Los planes Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa.

Emergencia: 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), o 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 afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 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 (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula u otra cobertura opcional seleccionado, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado de 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 al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción por niveles). También puede pedir una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y quiere que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción en el formulario).

“Extra Help”: un programa de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamación: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas sobre cobertura ni pagos.

Asistencia domiciliaria: una persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un afiliado certificado médicamente como enfermo terminal, es decir, con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige cuidados paliativos y sigue pagando las primas, sigue siendo afiliado de nuestro plan. Aún puede acceder a todos los servicios médicamente necesarios, así como a los beneficios complementarios que ofrecemos.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Hospitalización: cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca internado en el hospital durante la noche, puede que aún lo consideren paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según la declaración del IRS de hace 2 años supera cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas inicial de cobertura: esta es la etapa posterior a que paga su deducible (si tiene uno) y antes de que sus gastos de bolsillo del año alcancen el umbral de pago.

Periodo de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, es el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65 y termina 3 meses después del mes en que cumple 65.

Monto máximo de bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto máximo combinado de gastos de bolsillo, deberá seguir pagando su parte de los costos cuando reciba atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos un monto máximo de gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas que reúnen los requisitos y que residen de forma continua o se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), centros de enfermería especializada o centros de enfermería (SNF/NF), centros de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), centros de atención psiquiátrica para pacientes internados y centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que prestan servicios similares de atención médica a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y estados de salud similares a los de los residentes de los otros tipos de centros mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP) debe tener un acuerdo contractual con los centros de cuidados a largo plazo (LTC) específicos (o ser propietario de ellos y administrarlos).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas que reúnen los requisitos y viven en la comunidad, pero que necesitan un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del estado correspondiente y debe estar a cargo de una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) con el que se haya celebrado un contrato, si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple 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): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Extra Help”.

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

Precio máximo justo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de 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 cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

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

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de la afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los afiliados de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiar a Original Medicare durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces, llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS), o iv) un plan de Cuenta de Ahorro Médico de Medicare (MSA). 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 Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan de Costos de Medicare: un Plan de Costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP), de conformidad con un contrato de reembolso de costos establecido en la sección 1876(h) de la Ley.

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

Plan de salud Medicare: un plan de salud Medicare es ofrecido por una empresa 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 inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por empresas privadas para cubrir *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Afiliado (afiliado de nuestro plan, o afiliado del plan): una persona con Medicare que sea elegible para recibir servicios cubiertos, que se haya inscrito en nuestro plan y cuya inscripción haya sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Afiliado: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los afiliados pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que están licenciadas o certificadas por Medicare y por el estado para prestar servicios de salud. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo 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**.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse mediante el pago de una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Periodo de Inscripción Abierta: el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los afiliados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

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 aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos establecidos por el Congreso. Puede acudir 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: Parte A (Seguro Hospitalario) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que compra en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados de nuestro plan ni son propiedad de este o están administrados por él.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido anterior. El requisito de costo compartido de un afiliado para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gasto de bolsillo del afiliado.

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

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Inclusiva para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas débiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid 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. Puede que ofrezcamos o no 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 todos los planes.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto añadido a su prima mensual de plan 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 estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de que sea elegible para unirse por primera vez a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado atender a los afiliados del plan por un monto de pago determinado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sean recibidos de proveedores de la red o de fuera de la red. El costo compartido por afiliados suele ser mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus gastos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en el total combinado de sus gastos de bolsillo para servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una empresa de seguros o un plan de salud para la cobertura de salud o medicamentos con receta.

Administrador de Beneficios de Medicamentos con Receta (PBM): un administrador externo de programas de medicamentos con receta responsable de elaborar y mantener la Lista de Medicamentos del plan, procesar y pagar reclamos, establecer contratos con las farmacias de la red y negociar los costos con los fabricantes.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de monitorización de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro profesional al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación previa para recibir servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nuestro plan. En un PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es la parte de los costos que le corresponde pagar. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello; prótesis; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia nutricional.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos sanitarios financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamento seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo de tiempo definido.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada inscrito. 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 medicamentos alternativos.

Derivación: pedido escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, nuestro plan puede no pagar por servicios de un especialista.

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

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

Área de servicio: una zona geográfica donde debe vivir para unirse a un plan de salud concreto. Para planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también suele ser el área donde puede recibir servicios rutinarios (no de emergencia). El plan debe darle de baja si se muda permanentemente fuera de la zona de servicio del plan.

Atención en Centro de Enfermería Especializada (SNF): atención y servicios de rehabilitación de enfermería especializada que se ofrecen de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o médico.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Periodo de Inscripción Especial: – un período establecido durante el cual los afiliados pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede reunir los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Extra Help” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de enfermería o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece una atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, viven en una residencia o tienen ciertas enfermedades crónicas.

Costo compartido estándar: los costos compartidos estándar son los costos compartidos distintos de los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

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

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare

Método	Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare: información de contacto
LLAME	1-800-665-7924 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 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 Atención al Cliente de MVP Medicare están disponibles para servirle: Lámenos los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.
FAX	1-585-327-2298
ESCRIBA A	MVP Health Care 20 S. Clinton Ave. Rochester, NY 14604
SITIO WEB	mvphealthcare.com

HIICAP

El HIICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a nivel local a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): información de contacto
LLAME	1-800-701-0501
TTY	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección de su asesor local del HIICAP.
SITIO WEB	www.aging.ny.gov



Declaración de Divulgación de la PRA: según la Ley de la reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la 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: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.