



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

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

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

- La prima de nuestro 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 Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872. (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llame de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 31 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Esta llamada es gratuita.

Este plan, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), es ofrecido por MVP HEALTH PLAN, INC. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a MVP HEALTH PLAN, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a MVP DualAccess Complete [HMO D-SNP]).

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

El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.

Los beneficios y los copagos o coseguros podrían cambiar el 1.º 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_1009_M

CAPÍTULO 1: Introducción a ser afiliado		4
SECCIÓN 1	Es afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).....	4
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3	Qué esperar cuando se une a nuestro plan por primera vez.....	7
SECCIÓN 4	Materiales importantes de membresía	8
SECCIÓN 5	Resumen de los costos importantes para 2027	10
SECCIÓN 6	Más información sobre su prima mensual del plan	15
SECCIÓN 7	Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan	16
SECCIÓN 8	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	16
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos		18
SECCIÓN 1	Contactos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).....	18
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare	21
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).....	23
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....	23
SECCIÓN 5	Seguro Social	24
SECCIÓN 6	Medicaid	25
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos con receta	28
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	31
CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos		32
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan.....	32
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios.....	34
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	41
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	41
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	43
SECCIÓN 7	Normas para obtener equipos médicos duraderos	44

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)	47
SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos	47
SECCIÓN 2 En la Tabla de beneficios médicos, se muestran los beneficios y gastos médicos	48
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)?	105
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan o Medicare o Medicaid?	106
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	108
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	108
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	109
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan	112
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura	115
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	117
SECCIÓN 6 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	119
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos	122
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	123
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	123
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	125
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	128
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	128
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	131
SECCIÓN 3 Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	131
SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible	133
SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial	133
SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica	139
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D	139
CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	142
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios médicos o medicamentos cubiertos	142

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió.....	145
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	146
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	147
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural	147
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan.....	153
CAPÍTULO 9:	Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	155
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	155
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	156
SECCIÓN 3	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid	157
SECCIÓN 4	Qué proceso utilizar para su problema.....	157
SECCIÓN 5	Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	158
SECCIÓN 6	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	162
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	176
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	187
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	193
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	197
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones.....	200
Capítulo 10:	Cómo finalizar la membresía de nuestro plan	204
SECCIÓN 1	Finalizar su membresía en nuestro plan.....	204
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?.....	204
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	208
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	209
SECCIÓN 5	MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe terminar la membresía de su plan en ciertas situaciones.....	209
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	212
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	212
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	212
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	213
CAPÍTULO 12:	Definiciones	214

CAPÍTULO 1:

Introducción a ser afiliado

SECCIÓN 1 Es afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), que es un plan de Necesidades Especiales de Medicare

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Usted ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). 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 nuestro plan difieren de Original Medicare.

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales.

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

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

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

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

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscrito en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) entre el 1.º 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP) 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) y el programa Medicaid de Nueva York deben aprobar MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan cada año siempre que elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y el programa Medicaid de Nueva York 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 2.3). 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 de los Estados Unidos o ciudadanos no elegibles en los Estados Unidos.
- Cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Aviso: Si pierde su elegibilidad para Medicaid en el estado de Nueva York, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4 se informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

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

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB Plus):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Usted también es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado.
- **Beneficiario Específico de Medicare con Bajos Ingresos (SLMB Plus):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Usted también es elegible para recibir todos los beneficios del programa Medicaid de su estado.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

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

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

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado del plan. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, 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 2.4 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal

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 DualAccess Complete (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado sobre esta base. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se une a nuestro plan por primera vez

Sección 3.1 Evaluación de Riesgos para la Salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, debe realizarse una Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) dentro de los 90 días previos o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos hacer que complete una HRA. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. Le enviaremos más información sobre esta evaluación. Luego, nos comunicaremos con usted anualmente para conocer cualquier novedad y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, especialistas a los que acuda u otros profesionales de la salud que elija.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

Trabaja con un equipo de atención para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención les indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual u otros.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

- sus objetivos de atención médica priorizados por usted, y
- un plazo para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que podría considerar recibir. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si se produce algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes de membresía

Sección 4.1 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. Ejemplo de tarjeta de membresía:



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 DualAccess Complete (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* **mvphealthcare.com** 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.

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

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

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 1-866-954-1872 (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.

Sección 4.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* **mvphealthcare.com** 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 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

Sección 4.4 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP). Los

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

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 DualAccess Complete (HMO D-SNP).

La Lista de Medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura para un medicamento.

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 nuestro sitio web o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 **mvphhealthcare.com** o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de los costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para conocer más detalles.	\$0
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 1.2 del Capítulo 4).	\$0 Si es elegible para la ayuda de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo de los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.
Visitas a la consulta de atención primaria	\$0 de copago por visita
Visitas a consultas de especialistas	\$0 de copago por visita

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

	Sus costos en 2027
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.	\$0 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare
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 \$0 Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: Niveles 1 a 5 de medicamentos: Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: - \$0 de copago o - \$1.65 de copago o - \$5.80 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga: - \$0 de copago o - \$5.00 de copago o - \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles. El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional. Nivel 6 de medicamentos: Usted paga \$0 por receta por Medicamentos Select Care en este nivel.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

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)
- Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 5.1 Prima del plan

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

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 la Ayuda Adicional 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 folleto, llame a Servicios al Afiliado al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS*.

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 *Costo de Medicare para 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare ([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.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

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

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (LEP) no aplica siempre que mantenga su condición de doblemente elegible, pero, si pierde su condición, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en 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 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.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días seguidos sin 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 del plan. Conserve esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Aviso:** Cualquier 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:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O bien, cuente la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más.
- 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, la prima base del beneficiario será de \$41.33.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

- 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.**

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 5.4 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Cantidad Mensual Ajustada Relacionada 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 cierto monto, 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).

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

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 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 5.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta 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.

La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta 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 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar la prima de su plan

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.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o quizás deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos de la Parte D u otra cobertura.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro 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.

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 es admitido en 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 (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique 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 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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**.

Capítulo 1 Introducción para ser afiliado

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 figura en la lista, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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.

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 o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

Capítulo 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Para obtener ayuda con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de afiliado, llame o escriba al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). Estaremos felices de poder ayudarlo.

Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP: información de contacto

Llame	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP, 1-866-954-1872, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
Fax	1-585-327-2298
Escriba a	<p>MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center</p> <p>20 S. Clinton Ave</p> <p>Rochester, NY 14604</p>
Sitio web	mvphealthcare.com

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Cómo 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	1-866-954-1872 Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este. El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
--------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Quejas sobre la atención médica: información de contacto**

TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP están disponibles para atenderle: llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
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 DualAccess Complete (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.</p>

Dónde 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.

Solicitudes de pago: información de contacto

Llame	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
--------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Solicitudes de pago: información de contacto**

TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Los representantes del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP están disponibles para atenderle: llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
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

Solicitud de pago para la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

Llame	<p>1-866-494-8829</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</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).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. <p>También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).</p> <p>Para presentar una queja ante Medicare, visite 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.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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. En Nueva York, al SHIP se lo conoce como el Programa de Información, Consejería y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP).

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

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, formular quejas sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

**Programa de Información, Consejería 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 del HIICAP o de su asesor local de SHIP.
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 Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commerce Health BFCC-QIO.

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 estancia en el hospital finaliza demasiado pronto.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- 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 am a 5 pm. Fines de semana y feriados: de 10 am a 4 pm. Servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	711 De lunes a viernes, de 9 am a 5 pm. Fines de semana y feriados: de 10 am a 4 pm. 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 Commerce Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

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	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.
--------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Seguro Social: información de contacto**

TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	ssa.gov

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.

Las personas con Medicare Parte A o Parte B, que tienen ingresos y recursos limitados, pueden obtener ayuda del Programa Medicaid del Estado de Nueva York para pagar sus gastos médicos de bolsillo. El costo compartido de Medicare incluye las primas de la Parte A y la Parte B y, en algunos casos, también puede pagar un deducible y coseguro de la Parte A y la Parte B. En el estado de Nueva York, el nombre del programa es Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

A las personas que tienen derecho a la Parte A o a la Parte B de Medicare y son elegibles para algún tipo de beneficio de Medicaid a menudo se las denomina personas con doble elegibilidad. Estos beneficios se encuentran en la Evidencia de Cobertura de 2027 para MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), a veces denominados Programas de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP). Las personas con doble elegibilidad reúnen los requisitos para recibir algún tipo de beneficio de Medicaid. MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare, mientras que usted puede tener derecho a recibir beneficios adicionales de Medicaid en virtud del Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

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

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Programa Medicaid del Estado de Nueva York: información de contacto**

Llame	1-800-541-2831 De lunes a viernes, de 8 am a 8 pm; sábados, de 9 am a 1 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Escriba a	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

Los Defensores de la Salud Comunitarios (CHA) ayudan a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una reclamación o apelación ante nuestro plan.

Community Health Advocates (CHA): información de contacto

Llame	1-888-614-5400 De lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.
TTY	711
Escriba a	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 CORREO ELECTRÓNICO: cha@cssny.org
Sitio web	https://communityhealthadvocates.org/

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Información de contacto de la Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN)**

Este defensor del pueblo puede ayudar a nuestros afiliados que están en nuestro plan de salud y recuperación de Medicaid (HARP) o que están en nuestro plan de atención administrada de Medicaid (MMC) y reciben servicios y apoyos a largo plazo.

Llame	1-844-614-8800 De lunes a viernes, de 9 am a 5 pm.
TTY	711
Escriba a	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 CORREO ELECTRÓNICO: ican@cssny.org
Sitio web	https://icannys.org/

El Proyecto de Acceso Comunitario a la Salud para Adicciones y Salud Mental (CHAMP) ayuda a las personas a acceder a la cobertura de tratamiento y seguro para el consumo de sustancias y el tratamiento de salud mental.

Proyecto de Acceso Comunitario a la Salud para Adicciones y Salud Mental (CHAMP): información de contacto

Llame	1-888-614-5400 De lunes a miércoles, de 9 am a 7 pm, de jueves a viernes de 9 am a 4 pm.
TTY	711
Escriba a	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 CORREO ELECTRÓNICO: ombuds@oasas.ny.gov
Sitio web	www.champny.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Programa del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York: información de contacto

Llame	1-855-582-6769 De lunes a viernes, de 9 am a 5 pm.
Escriba a	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 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.

Ayuda Adicional de Medicare

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

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su oficina estatal de Medicaid. Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm; sábados, de 9 am a 1 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para

Si obtiene evidencia de su monto de copago adecuado. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Envíe una carta a MVP Health Care, MVP Member Services/Customer Care Center, 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604, en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional. Incluya todas las cartas que recibió.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago 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. Si tiene preguntas, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional 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 Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

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).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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 am a 5 pm, hora del Este.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
Sitio web	www.health.state.ny.us/health_care/epic

Plan de Pago de Medicamentos con Receta

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (de 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 ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece 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.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Centro de Servicios al Afiliado al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta 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 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este. El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
--------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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. 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 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
Escriba a	<p>MVP Health Care</p> <p>625 State Street</p> <p>Schenectady, NY 12305</p>
Sitio web	mvphealthcare.com/RxPrescriptionPlan

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 su 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: 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 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) de 9 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm 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	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:

Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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 no paga nada o paga solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en 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 y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan

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

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro 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.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como afiliado de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - No necesita una derivación de su PCP para atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios. Para conocer otros tipos de atención médica y otros servicios que puede obtener sin aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tiene que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Estas son 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para ver qué son los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted normalmente paga dentro de la red. Es necesario obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si usted recibiera la atención de un proveedor de la red. Si necesita más información sobre cómo obtener una autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser superior al costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser superior al 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 de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

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

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

Cuando se convierte en afiliado de nuestro Plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un médico o un profesional de atención médica que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Los proveedores que se especializan en medicina familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica y obstetricia/ginecología pueden actuar como PCP. La función de su PCP incluye la administración de su atención médica general. El PCP hace esto mediante visitas regulares y la coordinación de consultas a especialistas. Su PCP también le ayudará a planificar los servicios de atención médica continuados luego de una hospitalización, cirugía, emergencia, atención urgente y otros servicios que requieren atención de seguimiento. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención, incluidos los servicios preventivos y de rutina. Su PCP también coordinará otros servicios que reciba, incluidas las derivaciones a otros especialistas según sea necesario, la solicitud de pruebas y procedimientos adicionales según sea necesario y el monitoreo de la atención que reciba de otros proveedores. Su PCP debe estar al tanto de toda la atención que usted recibe para ayudarle a tomar decisiones bien informadas sobre su atención médica. Esto incluye hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y visitas a especialistas. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) antes de que se cubran ciertos tratamientos y procedimientos.

¿Cómo elegir un PCP?

Elija a su PCP utilizando el Directorio de Proveedores de MVP u obtenga ayuda del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. Puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web: mvphealthcare.com. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de 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.

Si cambia de PCP, es posible que se vea limitado a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP refiere (es decir, red secundaria, círculos de derivación). También se indica en la Sección 2.3 a continuación. Puede elegir un PCP diferente usando el Directorio de Proveedores o recibiendo ayuda del Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web: **mvphealthcare.com**. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de 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 y otros servicios que puede recibir sin el referido de un PCP

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia 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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera de su hogar.

- 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:

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

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

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted, o su proveedor, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. 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.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- 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.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo compartido dentro de la red. Se requiere una autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle 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 a nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Estas son tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o la atención urgentemente necesaria que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa la atención de emergencia o urgentemente necesaria, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Es necesario obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, si se aprueba la atención, usted pagaría lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener una autorización para que usted consulte a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan.

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios 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 un referido de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **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.

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 su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿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 haya dicho que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que reciba se considera servicio urgentemente necesario y usted sigue las normas para obtener esta atención urgente.

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 servicios 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.

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

Si no puede 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 sus servicios cubiertos?

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean servicios de emergencia o urgentemente necesarios, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos servicios no contarán para el máximo de costos de bolsillo en servicios médicos. Puede llamar al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP 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.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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.

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 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 condición 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 sanitaria 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**.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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:

- 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.

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME obtienen el equipo tras pagar copagos durante 13 meses. **Como afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), 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 algunas circunstancias limitadas, transferiremos el artículo DME a usted. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 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. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de obtener el artículo.

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 cumple con los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) 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 abandona MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) o si ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, este debe devolverse.

¿Qué ocurre si abandona nuestro 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 copago 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 costos 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP). Esta sección también ofrece información sobre servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

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

Los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copagos:** 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).

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

Nota: Como nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos llegan a alcanzar este máximo de costos de bolsillo. Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo de los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en los montos que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, este monto es de \$9,850.**

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

Los montos que paga como copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$9,850, no tendrá que pagar costos 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 de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

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

En la Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) y lo que paga de bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos solo se cubren cuando se cumplen los requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben proporcionarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios (incluida 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 puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Obtiene la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que obtiene de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea una emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red lo haya derivado. Esto significa que paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que obtiene.
- Tiene un médico de atención primaria (un médico de cabecera) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos servicios listados en la Tabla de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

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

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención sanitaria y los medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido de los servicios de Medicare, incluidos los pagos de las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare (excepto la Parte D de Medicare) según su elegibilidad para el programa de ahorros médicos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como los servicios de cuidados a largo plazo o los servicios en el hogar y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (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 los servicios preventivos cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde la elegibilidad para el Programa Medicaid del estado de Nueva York, pero se espera que la recupere en un plazo de 3 meses, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare por los que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo.

Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios listados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para quienes cumplen los requisitos para Ayuda Adicional:

- Si le diagnostican alguna de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación y cumple ciertos criterios, podría ser elegible para beneficios complementarios especiales en el caso de personas con enfermedades crónicas.
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Trastornos crónicos y discapacitantes de salud mental
- Una condición crónica por sí sola no garantiza la elegibilidad. Todos los requisitos de elegibilidad aplicables deben cumplirse antes de otorgar los beneficios.

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

- Para obtener más detalles, consulte la fila de *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos que aparece a continuación.
- Comuníquese con el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP para saber exactamente a qué beneficios podría tener derecho.

 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 aplica a cada servicio que recibe, incluidos múltiples servicios del mismo proveedor o múltiples reclamaciones relacionadas 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.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de diagnóstico de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía diagnóstica única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de diagnóstico 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para esta prueba de diagnóstico preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días bajo 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o está haciendo una regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. 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:</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 District of 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 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 directrices de Medicare, estos servicios solo están cubiertos si existían las tres condiciones siguientes en el momento del servicio: (1) se proporcionaron en una zona “rural” (según CMS o su estado); (2) los PIS se proporcionaron bajo contrato con una ambulancia voluntaria; (3) médicamente necesario</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
según la condición del beneficiario que recibe el servicio de ambulancia.	
Examen físico anual de rutina 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual de rutina.
 Visita anual de bienestar 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
 Medición de masa ósea 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
 Diagnóstico de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama cada 24 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para mamografías de diagnóstico cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>y asesoramiento para los afiliados que cumplen ciertas condiciones con pedido médico.</p> <p>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>de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de cabecera 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.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de diagnóstico de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubran una vez cada 5 años.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
 Diagnóstico del cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <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 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: <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. 	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare.
 Diagnóstico de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de diagnóstico: <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 diagnóstico previa. • Tomografía computarizada colonografía 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 diagnóstico 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 diagnóstico 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 diagnóstico. 	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de diagnóstico de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de diagnóstico se convierte en un examen de diagnóstico y paga \$0.

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • 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 diagnóstico. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis diagnóstico de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • 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 diagnóstico 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 diagnóstico. • Las pruebas de diagnóstico de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento tras una prueba de diagnóstico de cáncer colorrectal de heces no invasiva cubierta por Medicare que da un resultado positivo. 	
<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 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 una persona. Ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula, o exámenes orales antes del trasplante de órganos. Además, cubrimos:</p> <p>Odontología preventiva: (exámenes orales, profilaxis, flúor, radiografías, otros servicios dentales preventivos)</p> <p>Odontología integral: (servicios restaurativos, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, prótesis maxilofaciales,</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentales cubiertos.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>servicios de implantes, cirugía oral y maxilofacial y servicios generales complementarios)</p> <p>Los servicios dentales preventivos e integrales deben ser proporcionados por un dentista dentro de la red. Se aplican limitaciones a los servicios según un cronograma de pagos establecido, incluido el tipo de servicio, la cantidad y la frecuencia. Puede ser necesario obtener autorización previa dependiendo del servicio. Si acude a un dentista que no está dentro de la red, será responsable del 100% del costo de los servicios facturados.</p> <p>Comuníquese con el Centro de Servicios al Afiliado/ Atención al Cliente de MVP para cualquier duda sobre la cobertura.</p>	
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un diagnóstico de depresión al año. El diagnóstico debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de diagnóstico de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este diagnóstico (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 diagnósticos de diabetes cada 12 meses desde la fecha de su prueba más reciente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de diagnóstico 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:</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 glucosa con el fin de comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autogestión de la diabetes cubierta por Medicare, zapatos/plantillas para diabéticos, suministros para la diabetes cubiertos por Medicare y tiras reactivas de glucosa en sangre de marca</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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. • Las tiras reactivas para diabéticos y los medidores de glucosa en sangre deben comprarse a un fabricante preferido (FreeStyle, Prodigy, Accu-Chek). • Los monitores de tiras de prueba de fabricantes no preferidos no están cubiertos salvo que exista autorización previa de MVP. 	<p>preferida (FreeStyle, Prodigy y Accu-Chek). Las tiras reactivas de marcas no preferidas solo se cubren con autorización previa de MVP.</p>
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a, 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. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. Para ver la lista más reciente de proveedores, utilice la herramienta Find a Doctor en nuestro sitio web: mvphealthcare.com/find-care.</p> <p>Los artículos no cubiertos incluyen, pero no se limitan a: 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 institucionales, incluidos marcos oscilantes, circulantes</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los suministros de equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará tras estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) es de \$0.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>y de Stryker; sobre mesas de noche; asientos elevados de inodoro; sillas de ducha; sistemas de estructura de pie; bañeras y bombas de hidromasaje; dispositivos de terapia de frío; caja de luz terapéutica; bombas de compresión para trombosis venosa profunda; modificaciones en el hogar, como rampas para sillas de ruedas, barandillas de soporte, barras de baño o para el hogar; y férulas hechas de elástico u otro material elástico. Para ver o descargar la lista completa de artículos no cubiertos, visite mvphealthcare.com/members/medicare, luego haga clic en Forms/Resources (Formularios/recursos) y en Claims & Reimbursement Forms (Formularios de reclamos y reembolsos). Además, puede comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y directrices de Medicaid.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro 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 apelaciones, visite el Capítulo 9)</p> <p>El DME alquilado pertenece al vendedor y, si por cualquier motivo ya no se necesita (y no se ha pagado en su totalidad), debe devolverse al vendedor.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>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</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de estabilizar su condición de urgencia, debe recibir su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su médico de cabecera para ayudar a coordinar el seguimiento.</p>	<p>autorizada por nuestro plan y el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</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, 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 ayudarle a llevar una vida más saludable y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Está cubierto para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en las ubicaciones participantes¹. Tiene acceso a instructores que dirigen clases grupales especialmente diseñadas². En los centros participantes de todo el país¹, puede cursar clases² además de utilizar equipos de ejercicio y otras comodidades. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para ejercitarse fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos virtuales a través de clases SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de vida saludable.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de acondicionamiento físico de SilverSneakers®.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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 servicios de PL está limitado a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y servicios varían según PL. 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>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p>Administración de la atención: nuestros programas de administración de la atención pueden ayudarle a mantener su salud con 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.</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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Examen de audición</p> <p>1 examen auditivo de rutina al año</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos (uno por oído cada 3 años). El beneficio se limita a un formulario limitado de audífonos de los principales fabricantes (el “Formulario DSNP”). Debe acudir a un proveedor de TruHearing para poder utilizar este beneficio. Llame al 1-855-544-7163 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento • Periodo de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes auriculares 	<p>\$0 de copago por audífono en el Formulario DSNP</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de diagnóstico del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de diagnóstico cada 12 meses <p>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de diagnóstico durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para el diagnóstico preventivo del VIH cubierto 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 necesita servicios de atención domiciliaria y solicitará que los servicios de atención domiciliaria los preste una agencia de atención</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para la atención de la agencia de atención domiciliaria cubierta por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>domiciliaria. Debe estar circunscrito al hogar, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</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>MVP puede requerir autorización previa</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, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación de pacientes no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de seguimiento 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>MVP puede requerir autorización previa</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que eligen los servicios profesionales de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto debe pagar)**Atención de hospicio**

Eres elegible para la prestación de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que está en fase terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados del enfermo terminal certificados por 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.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor
- Tratamiento de reposo a corto plazo
- Atención domiciliaria

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.

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.

Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios no urgentes y no urgentes 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).

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP).

No hay coseguro, copago ni deducible para el servicio de consulta en cuidados paliativos.

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

Servicio cubierto	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>Para los servicios cubiertos por MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare: MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Paga el monto de costo compartido de su 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 condición terminal de cuidados paliativos, paga costo compartido. Si están relacionadas con su condición 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>Nota: 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>	
 Vacunas <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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas de neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>Las vacunas necesarias para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.</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, pero no se limitan a:</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. • 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 lenguaje. • Servicios de tratamiento hospitalario para abuso de sustancias. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria cubierta.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención hospitalaria (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/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 fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir ir a nivel local siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MVP DualAccess (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos compactados comienza solo con el cuarto de pinta de sangre que necesita. Debe pagar los gastos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más le done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta. • Servicios médicos. <p>Nota: 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, pregunte 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>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar su condición de emergencia, su gasto es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren una estancia en un hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental hospitalarios proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <p>Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa de MVP.</p> <p>Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y directrices de Medicaid.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria de salud mental cubierta por Medicare.</p>
<p>Estancia en un hospital: servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de atención durante una estancia no cubierta en un hospital</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la estancia no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia. 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, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas (como los análisis de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios 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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare durante una estancia hospitalaria no cubierta.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> 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 Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<p>Comidas</p> <p>Tras el alta hospitalaria, cubrimos hasta 14 comidas nutritivas durante un periodo de 7 días para ayudarle a cubrir sus necesidades nutricionales y a recuperarse. Las comidas se entregarán en su domicilio y deben ser del proveedor aprobado por el plan.</p> <p>Se requiere autorización previa de MVP.</p>	<p>\$0 de copago por comidas entregadas a domicilio tras el alta hospitalaria.</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 condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede 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>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 están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados que cumplen los requisitos para el beneficio del MDPP.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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>Medicamentos 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 nuestro 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. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los inmunosupresores si la Parte B no los cubre 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos cubiertos de la Parte B de Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • 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 fármaco 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 fármaco está disponible en forma inyectable o si es un profármaco (una forma oral de un fármaco que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el fármaco inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no las cubre, la Parte D sí • Medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los fármacos 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 fármaco antináuseas intravenoso • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago para la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos fármacos 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 fármaco para tratar una anemia relacionada con otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) 	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades primarias de inmunodeficiencia • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>La terapia escalonada puede aplicarse a medicamentos con receta de la Parte B. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada</p> <p>https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/prescription-drug-coverage.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
 Diagnóstico y terapia de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el diagnóstico 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 acceder a 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 EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si procede) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento con opioides.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre el consumo 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>Pruebas diagnósticas ambulatorias, y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • 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 glóbulos rojos compactos comienza solo con el cuarto pinta de sangre que necesite; debe pagar los gastos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más le done. Todos los demás componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro profesional sanitario las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias. <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas diagnósticas ambulatorias cubiertas por Medicare y los servicios y suministros terapéuticos.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Observación ambulatoria en hospitales</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se prestan para determinar si necesita ser admitido como paciente con internación o si puede ser dado de alta.</p> <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>Nota: A menos que el proveedor haya emitido un pedido para admitirlo como paciente con internación, 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 paciente ambulatorio, pregunte 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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</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, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un servicio de urgencias 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 médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido un pedido para admitirlo como paciente con internación, 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 paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios hospitalarios, consultas de terapeutas independientes y instalaciones integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por uso de sustancias ilícitas</p> <p>Se proporcionarán diagnóstico, desintoxicación (eliminación de sustancias tóxicas) y servicios de rehabilitación ambulatoria en casos de abuso o adicción a sustancias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios para trastornos de uso de sustancias ilícitas ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Cirugía ambulatoria, incluido los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: 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 admitirlo como paciente con internación, 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>Se requiere autorización previa de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare proporcionada en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<p>Cobertura complementaria de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta. Más de 1,000 artículos de venta libre están cubiertos por este plan, tal y como lo permite Medicare.</p> <p>Ejemplos de artículos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental • Colirio • Pulverización nasal • Vitaminas • Gotas para la tos • Analgésicos • Antiácidos • Artículos de primeros auxilios • Y más... <p>Estas son las formas de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en los comercios participantes. • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia para Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m a 8 pm, hora del Este, los 365 días del año. Elija artículos del catálogo de artículos de venta libre. Tenga a mano los nombres de sus productos, el número de la tarjeta de beneficios de artículos de venta libre y la información de entrega. 	<p>Este plan cubre ciertos medicamentos aprobados, sin receta, de venta libre y artículos relacionados con la salud, hasta \$40 por mes.</p> <p>La asignación se recibe mensualmente. La asignación mensual puede utilizarse para comprar medicamentos de venta libre y productos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se traspasa de un mes a otro.</p> <p>Los afiliados elegibles pueden combinar la asignación mensual con el beneficio de Alimentos y Productos Agrícolas por Enfermedades Crónicas y Apoyos Generales para la Vida.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Las compras están limitadas a los fondos disponibles en el beneficio. Los montos no utilizados no se trasladarán al mes siguiente ni al año calendario siguiente.</p> <p>Todos los pedidos deben realizarse a través del proveedor aprobado por el plan o comprarse en una tienda minorista participante. Puede que no haya marcas específicas disponibles, y las cantidades pueden ser limitadas o restringidas. Tras el beneficio de artículos de venta libre pagado por el plan, es responsable de los costos restantes. Llame a un Asesor de Experiencia para Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), o al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP si tiene preguntas sobre este beneficio.</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 recibe 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 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 recibe 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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial y los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios médicos/profesionales cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de telemedicina.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico si su médico los solicita para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telemedicina, incluidos servicios de emergencia/estabilización posterior, servicios urgentes, sesiones individuales para servicios especializados en salud mental y psiquiatría, y consulta nutricional <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita presencial o por telemedicina. Si decide acceder a uno de estos servicios por telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telemedicina • 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 consumo 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 ○ La revisión no está relacionada con una visita de consultorio de los últimos 7 días y 	

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 a las extremidades inferiores <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p> Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional sanitario determina que tiene un mayor riesgo de VIH, cubrimos la medicación preexposición (PrEP) y servicios relacionados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Si cumple los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento oral o inyectable de PrEP aprobado por la FDA, incluida la tasa por inyección del fármaco, si procede. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluida la evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 diagnósticos de VIH cada 12 meses. • Diagnóstico puntual del virus de la hepatitis B. 	
<p> Exámenes de diagnóstico 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>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 parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a, 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 visión</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare ni los suministros relacionados.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p> Diagnóstico y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un diagnóstico de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan de alcohol, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si da positivo en el resultado de abuso 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>No existe coseguro, copago ni deducible para el diagnóstico y asesoramiento cubiertos por Medicare que reduzcan el beneficio preventivo por abuso de alcohol.</p>
<p> Diagnóstico del 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 un historial de consumo de tabaco de al menos de 20 años-paquete y que actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que obtienen un pedido de una LDCT durante una consulta de diagnóstico de cáncer de pulmón y una visita compartida de toma de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT tras la evaluación inicial:</i> los afiliados deben obtener un pedido escrito para el diagnóstico del cáncer de pulmón con LDCT, que puede ser proporcionado durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide ofrecer asesoramiento para el diagnóstico</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 cuánto debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>de cáncer de pulmón y una visita compartida para realizar posteriores diagnósticos de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos un diagnóstico de hepatitis C si su médico de cabecera u otro profesional sanitario calificado lo solicita y cumple alguna de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene riesgo algo 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 un diagnóstico único. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilícitas desde su prueba negativa anterior de detección de hepatitis C), cubrimos los diagnósticos anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el diagnóstico cubierto por Medicare para el virus de la hepatitis C.</p>
<p> Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir estas ITS</p> <p>Cubrimos los diagnósticos de infección de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos diagnósticos están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un riesgo mayor de una ITS cuando un médico de atención primaria pide las pruebas. 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>No existe coseguro, copago ni deducible para la detección de ITS cubierto por Medicare ni el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Las enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar cuidado renal 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 hospitalario 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 la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p> <p>Puede ser necesario obtener una autorización previa de MVP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de para tratar la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(Para una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para la atención en centros de enfermería especializada (SNF) cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<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 nuestro 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 glóbulos rojos compactos comienza solo con el cuarto pinta de sangre que necesite; debe pagar los gastos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que usted o alguien más le done. Todos los demás componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta. Suministros médicos y quirúrgicos suelen ser proporcionados por 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, recibe atención en los SNF en instalaciones de la red. Bajo ciertas condiciones que se indican a continuación, puede que pueda pagar un costo compartido dentro de la red por una instalación que no sea proveedor de la red, si la instalación acepta los montos de nuestro plan para el pago.</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 ofrezca atención especializada en centros de enfermería). Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho reside en el momento en que sale del hospital. <p>Se requiere autorización previa de MVP.</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 cuánto debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Abandono del hábito de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para el abandono de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumir tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Ser competente y estar alerta durante la terapia • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare ofrece asesoramiento <p>Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente llegando a recibir hasta 8 sesiones al año).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de abandono de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos</p> <p>Los inscritos que cumplen los requisitos para beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos son elegibles para la tarjeta de beneficios flexibles de alimentos y productos y apoyos generales para vivir. La asignación puede utilizarse para la compra de alimentos y productos a través del proveedor o puntos de venta aprobados por el plan, o para pagos de servicios públicos como electricidad, agua, calefacción, internet o teléfono. El monto de la asignación no se traspasa de un mes a otro. Las formas de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios en los comercios participantes. • Por teléfono: llame a un Asesor de Experiencia para Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m a 8 pm, hora del Este, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. <p>Comuníquese con el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP si tiene preguntas sobre este beneficio.</p>	<p>Este plan proporciona una asignación mensual de \$100 para alimentos y productos agrícolas, o apoyos generales para la vida. El monto de la asignación no se traspasa de un mes a otro. No todos los afiliados del plan califican. Los beneficios mencionados son parte de los beneficios complementarios especiales para los afiliados del plan Medicare Advantage de MVP Health Plan que viven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos, y enfermedades de salud mental crónicas e incapacitantes. La elegibilidad para el beneficio puede identificarse en función de los datos de los proveedores o de su evaluación de riesgos para la salud.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
	<p>Además del diagnóstico de una enfermedad crónica, uno o más de los siguientes criterios deben cumplirse para ser elegible para el beneficio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones recientes definidas como ingreso hospitalario, estancia en observación o visita a urgencias en los 6 meses previos. • Estar en alto riesgo, o en aumento de riesgo de hospitalización futura, según la evaluación de un gestor de cuidados basado en criterios clínicos. • Dos o más visitas de consultorio al proveedor relacionadas con la enfermedad crónica en los últimos 12 meses. • Actualmente, recibo servicios de atención domiciliaria proporcionados por una agencia de atención domiciliaria. <p>Comuníquese con el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP si tiene preguntas sobre este beneficio.</p>
<p>Terapia por ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierto para afiliados que presentan enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para EAP por parte del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia por ejercicio supervisada cubierta por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	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 impartida por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia por ejercicio para la DAP • 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 • El SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un profesional sanitario lo considera médicamente necesario 	
<p>Servicios de transporte (no emergencias)</p> <p>Este plan cubre el transporte (no urgente) que no está cubierto por Original Medicare.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <p>Transporte no urgente a lugares aprobados por el plan, como visitas de consultorio, farmacias y centros de diálisis. MVP ayuda a coordinar los viajes que se adapten a sus necesidades de salud.</p> <p>Esto puede ser en forma de transporte compartido, sedán médico, furgoneta accesible para sillas de ruedas, furgoneta bariátrica accesible para sillas de ruedas y transporte en camilla.</p> <p>Las salidas deben programarse a través del proveedor aprobado por el plan.</p> <p>24 viajes de ida máximo por año calendario</p> <p>Límite de 30 millas por trayecto</p> <p>Este beneficio no debe usarse en situaciones de emergencia. Para transporte de emergencia: consulte Ambulancia.</p>	<p>Paga el \$0 por cada trayecto de ida a un lugar aprobado por MVP</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Estas son las formas de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame a un Asesor de Experiencia para Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8 a. m a 8 pm, hora del Este, los 365 días del año. • Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP para obtener más información sobre cómo acceder a este beneficio. (número y horas en la contraportada de este libro). <p>El transporte adicional (no urgente) puede estar cubierto de acuerdo con sus beneficios y directrices de Medicaid.</p>	
<p>Servicios necesarios de manera urgente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio urgente si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dada su hora, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir servicios urgentes 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. 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.</p> <p>Está cubierto para recibir atención urgente en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su médico de cabecera para ayudar a coordinar el seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de atención urgente.</p>
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</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 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes oculares, diagnósticos de glaucoma o gafas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>relacionada con la edad. El Original Medicare no cubre exámenes oculares rutinarios (refracciones oculares) para gafas o lentillas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con riesgo alto de glaucoma, cubrimos un diagnóstico de glaucoma cada 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, el diagnóstico de la retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de gafas 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 gafas después de la segunda. • La asignación de beneficios para gafas cada año calendario para la compra de gafas o lentillas complementarias. Las gafas sin receta y las gafas de seguridad requeridas para el empleo no están cubiertas. • La asignación complementaria para gafas se aplica únicamente al valor de venta al público. Los descuentos en tiendas y ofertas promocionales no pueden combinarse con la asignación para gafas. 	<p>Una asignación de beneficios de \$175 cada año calendario para gafas complementarias.</p> <p>Cualquier monto que pague por gafas complementarias no cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p>
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos diagnósticos y vacunas), y derivaciones para otros cuidados si es necesario</p> <p>Importante: Solo cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe una cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto debe pagar)**Beneficios cubiertos por los planes de atención médica administrada de Medicaid de MVP**

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Atención médica diurna para adultos	Servicios médicamente supervisados para personas con deterioro físico/mental.	Cubierto	Cubierto
Atención médica diurna para adultos con SIDA	Programas diseñados para ayudar a las personas con VIH a vivir de manera más independiente en la comunidad o eliminar la necesidad de servicios de atención médica domiciliaria. Los criterios de admisión deben incluir, como mínimo, la necesidad de atención médica general y servicios de enfermería.	Cubierto	Cubierto
Servicios y productos de audiolología, audífonos	Servicios para la audición cuando sea médicamente necesario para aliviar la incapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen selección, ajuste y dispensación de audífonos; pruebas después de la dispensación, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiolología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos, y productos relacionados entre los que se encuentran audífonos, moldes, accesorios especiales y piezas de repuesto.	Cubierto	Cubierto
Profesional médico que receta buprenorfina	Servicio relacionado con la receta de buprenorfina para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Coordinación de la atención para el programa HARP y afiliados elegibles para HARP en el programa SNP de VIH	Servicios proporcionados para gestionar la atención de adultos con necesidades significativas de salud conductual mediante la integración de los servicios de salud física, salud mental y consumo de sustancias para las personas que requieren abordajes, conocimientos especializados y protocolos específicos.	No cubierto	Cubierto
HCBS 1915(c) para niños	Exenciones de servicios en el hogar y la comunidad (exenciones de HCBS) para satisfacer las necesidades de los niños que reciben servicios y apoyo de atención a largo plazo en su hogar o comunidad, en lugar de en un entorno institucional.	Cubierto sin riesgo según las indicaciones del estado	No cubierto
Servicios de CFTSS para niños (EPSDT) -Otro profesional con licencia -Intervención en casos de crisis -Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario -Rehabilitación psicosocial (niños) -Servicios de apoyo entre pares familiares -Apoyo y capacitación para jóvenes entre pares	Servicios de rehabilitación según el beneficio de EPSDT y disponibles para niños/ jóvenes menores de 21 años que son elegibles para Medicaid, que cumplen con la necesidad médica.	Cubierto	No cubierto
Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST para adultos) (servicios CORE)	Apoyos dirigidos a objetivos e intervenciones centradas en la solución con el objetivo de lograr objetivos centrados en la persona.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Servicios de asistencia personal dirigidos al consumidor	Programa que le permite a usted (también conocido como el “consumidor”) o a la persona que actúa en su nombre, contratar, capacitar, supervisar, coordinar la cobertura de respaldo, mantener registros de nómina y despedir a la persona que le brinda servicios de atención personal.	Cubierto	Cubierto
Servicios ordenados por un tribunal	Servicios solicitados por el tribunal realizados por un médico, dentista u otro proveedor calificado por la ley estatal, o bajo su supervisión, para proporcionar servicios médicos, dentales, de salud conductual (incluidos servicios de salud mental o farmacodependencia) u otros servicios cubiertos por Medicare y Medicaid.	Cubierto, de conformidad con una orden judicial	Cubierto, de conformidad con una orden judicial
Servicios de intervención en casos de crisis (adultos)	Servicios que se proporcionan a un afiliado que está padeciendo o está en riesgo inminente de tener una crisis psiquiátrica. Dichos servicios están diseñados para interrumpir o mejorar la crisis, e incluyen evaluación preliminar, resolución inmediata de crisis y reducción de escalamiento.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Servicios dentales y de ortodoncia	Los servicios dentales incluyen atención dental profiláctica y de otro tipo, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral (cuando no está cubierta por Medicare) y aparatos protésicos y ortésicos dentales necesarios para aliviar una condición de salud grave.	Los servicios preventivos e integrales no están cubiertos (cubiertos por la Parte C). Los servicios dentales de emergencia/ médicos están cubiertos.	Los servicios preventivos e integrales no están cubiertos (cubiertos por la Parte C). Los servicios dentales de emergencia/ médicos están cubiertos.
Equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medicaid, incluidos los dispositivos y equipos distintos de los suministros médicos/ quirúrgicos, las fórmulas enterales y los aparatos protésicos u ortopédicos que tengan las siguientes características: pueden soportar el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principal y habitualmente con fines médicos; por lo general, no son útiles para una persona que no tenga una enfermedad o lesión, y suelen adaptarse, diseñarse o fabricarse para el uso de una persona en particular.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Servicios de apoyo para la educación (para adultos)	Servicios que se brindan para ayudar a personas con trastornos de salud mental o por consumo de sustancias que desean comenzar o regresar a la escuela o capacitación formal con el objetivo de lograr las habilidades necesarias para obtener un empleo.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Servicios de emergencia; servicios de atención posestabilización	Servicios que son necesarios para tratar una Afección médica de emergencia. Los servicios de emergencia incluyen procedimientos de atención médica, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una Afección médica de emergencia, incluida la estabilización psiquiátrica y la desintoxicación médica de drogas o alcohol.	Cubierto	Cubierto
Traslados de emergencia	Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala rotatoria y terrestre hasta el centro correspondiente más cercano que pueda brindar atención.	Cubierto	Cubierto
Servicios de EPSDT/ Programa de salud para niños y adolescentes (C/THP)	Exámenes de detección, pruebas y tratamiento periódicos tempranos.	Cubierto	No cubierto
	Servicios para los cuales no existe suficiente evidencia autorizada de que el servicio está razonablemente calculado para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento, aliviar, corregir o curar		

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

Tratamiento experimental o en investigación	condiciones en el afiliado que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en una enfermedad o dolencia.	Cubierto caso por caso con los costos compartidos de Medicare si está cubierto por Medicare	Cubierto caso por caso con los costos compartidos de Medicare si está cubierto por Medicare
Atención de la vista y servicios para la visión deficiente	Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales (prefabricados o hechos a medida), ayudas para la baja visión y servicios de baja visión. La cobertura también incluye reparación o reemplazo de piezas, pruebas de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción y los anteojos están limitados a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique una mayor frecuencia por ser médicamente necesaria.	Cubierto	Cubierto
Servicios de planificación familiar y salud reproductiva	La oferta, organización y prestación de servicios de salud para prevenir o reducir la incidencia de embarazos no deseados. El asesoramiento y las pruebas del VIH están incluidos cuando se brindan como parte de una visita de planificación familiar y salud reproductiva. Los servicios para la fertilidad no están cubiertos.	Cubierto	Cubierto
Apoyo y capacitación familiar (adultos) (servicios CORE)	Servicios que ofrecen instrucción, apoyo emocional y desarrollo de habilidades necesarios para facilitar el compromiso y la participación activa de la familia.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado

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

Servicios para el cuidado de los pies	Servicios para el tratamiento médicamente necesario de lesiones o enfermedades de los pies.	Cubierto	Cubierto
Servicios de habilitación (adultos)	Servicios que, por lo general, se proporcionan de forma individual y están diseñados para ayudar a los participantes con un diagnóstico de salud conductual (es decir, trastorno por consumo de sustancias (SUD) o salud mental) a adquirir, conservar y mejorar habilidades como las de comunicación, autoayuda, tareas domésticas, cuidado personal, socialización, motricidad fina y gruesa, movilidad, adaptación personal, desarrollo de relaciones, uso de recursos comunitarios y otras habilidades adaptativas necesarias para vivir satisfactoriamente en entornos domiciliarios y comunitarios.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Entrega de comidas a domicilio	Comidas provistas en el hogar.	Cubierto	Cubierto
Servicios de salud en el hogar	La prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare (p. ej., un fisioterapeuta para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes o personal de enfermería para precargar jeringas para personas discapacitadas con diabetes) o servicios de asistente para la salud en el hogar.	Cubierto	Cubierto
Hospicio	Servicios relacionados con la prestación de atención y comodidad durante los últimos meses de la vida de un paciente.	Cubierto por Original Medicare	Cubierto por Original Medicare
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Los servicios hospitalarios para pacientes internados incluyen atención, tratamiento, mantenimiento y servicios de enfermería. Los servicios hospitalarios para pacientes internados abarcan una gama completa de atención diagnóstica y terapéutica necesaria, incluidos servicios médicos, quirúrgicos, de enfermería, radiológicos y de rehabilitación.	Cubierto	Cubierto
Estancia como paciente internado en espera de un nivel alternativo de atención médica	Atención continua en un hospital mientras se espera el traslado a un nivel alternativo de atención médica.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Apoyo intensivo en casos de crisis (adultos)	Estrategia de intervención clínica y atención residencial a corto plazo para personas que atraviesan una crisis de salud conductual, incluidas aquellas que presentan riesgo suicida, expresan ideación homicida o tienen un diagnóstico de salud mental o un diagnóstico concomitante y experimentan un agravamiento agudo de los síntomas de salud mental.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Empleo intensivo con apoyo (ISE para adultos)	Servicios que ayudan a las personas con afecciones de salud mental (MH) o trastornos por consumo de sustancias (SUD) a obtener y mantener un empleo competitivo. Estos servicios consisten en apoyo intensivo que permite a las personas obtener y mantener un empleo competitivo al salario mínimo o por encima de este.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Servicios de laboratorio	Pruebas y procedimientos médicamente necesarios solicitados por un profesional médico calificado.	Cubierto	Cubierto
Servicios de SUD establecidos por LDSS	Servicios para el trastorno por consumo de sustancias exigidos por el Departamento de Servicios Sociales local.	Con cobertura, de conformidad con el mandato de la Reforma de Bienestar/LDSS	Con cobertura, de conformidad con el mandato de la Reforma de Bienestar/LDSS
Servicios sociales médicos	Evaluación, organización y prestación de ayuda médicamente necesaria para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de una persona en el hogar.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Servicios de salud mental (excepto el hospital psiquiátrico estatal, los centros residenciales de tratamiento (RTF) y el tratamiento diurno)	<p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento diurno • Tratamiento diurno continuado • Administración de casos para enfermedad mental grave y persistente III (patrocinado por unidades de salud mental estatales o locales) • Hospitalización parcial (no cubierta por Medicare) • Tratamiento comunitario de reafirmación (ACT) • Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS) 	Cubierto	Cubierto
Servicios de partera	El abordaje del embarazo normal, el parto y la atención posparto, así como la atención primaria preventiva de la salud reproductiva para mujeres básicamente sanas. Incluye evaluación del recién nacido, reanimación y derivación para bebés.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Transporte que no sea de emergencia	Servicios de transporte que permiten a los afiliados ir y volver de sus citas médicas. Esto incluye viajes programados previamente a médicos de atención primaria y dentistas.	Cubierto por Medicaid FFS	Cubierto por Medicaid FFS
Servicios de enfermería especializada	Servicios que tradicionalmente se han reservado a médicos, como exámenes físicos, cirugías menores, colocación de yesos para fracturas simples, interpretación de radiografías y otras actividades que implican una evaluación o tratamiento independiente de la afección del paciente.	Cubierto	Cubierto
Servicios de observación	Servicios de posestabilización apropiados para tratamientos a corto plazo, evaluaciones y reevaluaciones de pacientes para quienes el diagnóstico y la determinación con respecto a la admisión, el alta o la transferencia del paciente se pueden esperar razonablemente dentro de las 48 horas.	Cubierto	Cubierto

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Empleo con apoyo continuo (adultos)	Servicios prestados después de que un participante obtiene un empleo competitivo e integrado y se adapta satisfactoriamente a este. El seguimiento continuo es un apoyo disponible por un período indefinido según lo necesite el participante para mantener su puesto de trabajo remunerado.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Apoyo de pares (adultos) (servicios CORE)	Servicios no clínicos prestados por pares que se centran en la rehabilitación, la recuperación y la resiliencia. Promueve las habilidades para lidiar con los síntomas de salud conductual y controlarlos, al mismo tiempo que facilita el uso de apoyos naturales y recursos.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Servicios de atención personal	Asistencia médicamente necesaria con las actividades de la vida diaria (ADL), las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y las tareas relacionadas con la salud a través de asistencia práctica, supervisión o indicaciones.	Cubierto. Cuando solo se prestan servicios de Nivel I, la cobertura se limita a 8 horas por semana	Cubierto Cuando solo se prestan servicios de Nivel I, la cobertura se limita a 8 horas por semana

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

Beneficio	Descripción	Atención administrada de Medicaid	HARP
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Dispositivo electrónico que permite a las personas asegurar la ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.	Cubierto	Cubierto
Servicios médicos	La gama completa de servicios de atención preventiva, servicios médicos de atención primaria y servicios especializados de médicos. Los servicios médicos incluyen los servicios de profesionales de la salud, p. ej., asistentes médicos o trabajadores sociales.	Cubierto	Cubierto
Medicamentos recetados y sin receta (OTC), suministros médicos y fórmula enteral	Medicamentos recetados y sin receta (OTC), suministros médicos y fórmula enteral.	Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según lo aprobado por los CMS. El afiliado es responsable de los copagos. Todos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos obtenidos por un proveedor y administrados en un consultorio médico o en una clínica, cubiertos por Medicaid. Determinados suministros médicos/quirúrgicos y fórmulas	Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según lo aprobado por los CMS. El afiliado es responsable de los copagos. Todos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos obtenidos por un proveedor y administrados en un consultorio médico o en una clínica, cubiertos por Medicaid. Determinados suministros médicos/quirúrgicos y fórmulas

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

		enterales no cubiertos por Medicare (no cubiertos por la Parte D). Tarjeta para OTC proporcionada por la Parte C.	enterales no cubiertos por Medicare (no cubiertos por la Parte D). Tarjeta para OTC proporcionada por la Parte C.
Servicios de salud preventiva	Atención y servicios para evitar enfermedades y sus consecuencias, incluidas, entre otras, las vacunas y los programas de detección de enfermedades.	Cubierto	Cubierto
Servicios prevocacionales (adultos)	Servicios de duración limitada que preparan al participante para un empleo remunerado o no remunerado.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Servicios de enfermería privada (en la comunidad)	Las enfermeras de servicio privado brindan atención de enfermería integral a largo plazo por horas en el hogar para afiliados que requieren una atención de enfermería más individual y continua que la disponible en las agencias de atención médica domiciliaria certificadas.	Cubierto	Cubierto
Prótesis/servicios ortopédicos/calzado ortopédico	El calzado recetado se limita al tratamiento de diabéticos, o cuando el zapato es parte de un aparato ortopédico para la pierna, o si hay complicaciones en los pies en niños menores de 21 años. Las medias de compresión y soporte se limitan a la cobertura solo para el embarazo o el tratamiento de úlceras por estasis venosa.	Cubierto	Cubierto

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

Rehabilitación psicosocial (PSR para adultos) (servicios CORE)	Servicios que ayudan a las personas a mejorar sus capacidades funcionales al máximo posible en los entornos donde viven, trabajan, aprenden y socializan (asesoramiento de rehabilitación, desarrollo de habilidades e intervenciones psicoeducativas).	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Servicios de radiología	Servicios médicamente necesarios, incluidos radiología de diagnóstico, ecografía de diagnóstico, medicina nuclear, oncología de radiación e imágenes por resonancia magnética (IRM).	Cubierto	Cubierto
Servicios de rehabilitación (sin incluir rehabilitación psicosocial [PSR])	Servicios de rehabilitación en residencias comunitarias o programas de tratamiento familiares, incluidas intervenciones, terapias y actividades que son de naturaleza médicamente terapéutica y correctiva.	Cubierto	Cubierto
Diálisis renal	Servicios proporcionados por un centro de diálisis renal.	Cubierto	Cubierto
Servicios de un centro residencial de atención médica (centro de cuidados) (RHCF)	Servicios proporcionados por un centro de atención médica residencial (RHCF), un centro de atención médica autorizado que brinda atención de enfermería las 24 horas y otros servicios relacionados con la salud a residentes que no pueden vivir de forma independiente.	Cubierto, excepto para los afiliados menores de 21 años en estado de colocación a largo plazo	No cubierto

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

Segunda opinión médica/quirúrgica	Obtener una segunda opinión para el diagnóstico de una afección, tratamiento o procedimiento quirúrgico por parte de un médico calificado o especialista adecuado.	Cubierto	Cubierto
Apoyo de residencia para casos de crisis (adultos)	Estrategia de intervención y atención a corto plazo para personas que tienen un diagnóstico de salud mental o concurrente y que experimentan desafíos en la vida diaria que crean un riesgo de escalada de síntomas que no se pueden controlar en el hogar y el entorno comunitario de la persona sin apoyos en el lugar.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Productos para dejar de fumar	La cobertura incluye, entre otros, terapias de reemplazo de nicotina, liberación de sustancias o Chantix.	Cubierto	Cubierto
Servicios de desintoxicación de SUD para pacientes internados	Atención de desintoxicación para pacientes internados por trastorno por consumo de sustancias.	Cubierto, incluidos los días cubiertos por Medicaid que superen el límite de 190 días de por vida de Medicare	Cubierto, incluidos los días cubiertos por Medicaid que superen el límite de 190 días de por vida de Medicare
Servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes internados por SUD	Servicios de rehabilitación para pacientes internados por trastorno de consumo de sustancias.	Cubierto, incluidos los días cubiertos por Medicaid que superen el límite de 190 días de por vida de Medicare	Cubierto, incluidos los días cubiertos por Medicaid que superen el límite de 190 días de por vida de Medicare
Manejo de la abstinencia en pacientes ambulatorios con supervisión médica de SUD	Tratamiento médicamente gestionado para el manejo de la abstinencia y la estabilización en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.	Cubierto	Cubierto

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

SUD para pacientes ambulatorios (incluye clínica para pacientes ambulatorios, rehabilitación para pacientes ambulatorios y tratamiento con opioides)	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios para el trastorno por consumo de sustancias.	Cubierto	Cubierto
Servicios de tratamiento residencial de adicciones por SUD	Atención residencial individualizada que responde a las necesidades de cada cliente y apoya la recuperación a largo plazo de la adicción.	Cubierto	Cubierto
Empleo de transición (adultos)	Empleo con límite de tiempo y capacitación en el trabajo en uno o más entornos de empleo integrados.	No cubierto	Cubierto según las indicaciones del estado
Tratamiento observado directamente para la tuberculosis	Observación directa de la ingesta oral de medicamentos para la TBh para garantizar el cumplimiento del paciente con el régimen de medicamentos con receta por el médico.	Cubierto	Cubierto

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

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

Servicios cubiertos a través del sistema de pago por servicio de Medicaid**Transporte que no sea de emergencia**

Los servicios de transporte que no sean de emergencia y que no estén cubiertos por MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) pueden estar cubiertos por Medicaid.

Los gastos de transporte que no sean de emergencia están cubiertos cuando el transporte es esencial para que obtenga la atención médica necesaria.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto debe pagar)**SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan o Medicare o Medicaid?**

En esta sección, se informa qué servicios están excluidos por Medicare.

El gráfico siguiente enumera los servicios y elementos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna condición o que solo están cubiertos por nuestro plan bajo condiciones específicas.

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 información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

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 un miembro del cuerpo con malformaciones.</p> <p>Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca un aspecto simétrico.</p>
Atención de custodia La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	Puede tener cobertura a través de sus beneficios adicionales de Medicaid cuando se considere médicamente necesario.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales 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.	Puede estar cubierto por Original Medicare mediante un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No está cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	Puede tener cobertura a través de sus beneficios adicionales de Medicaid cuando se considere médicamente necesario.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto bajo ninguna condición
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. Cubierto cuando el proveedor está en la red y participa en Medicare o acepta la asignación.
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.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como está en el programa de Ayuda Adicional, **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 inserto por separado, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional 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 inserto, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*. (Los números de teléfono del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro 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.

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

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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- 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).

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 de 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, puede buscar en su *Directorio* de Farmacias, visite nuestro sitio web (**mvphealthcare.com**) o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP en 1-866-954-1872 (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. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión domiciliaria.
- 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 conseguir sus medicamentos de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que sirven al Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- 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, visite su *Directorio de Farmacias* mvphealthcare.com o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 venta por correo de nuestra red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proporcionan por correo son fármacos que se toman regularmente, para una enfermedad crónica o de larga duración. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de venta por correo de nuestro plan están marcados con un NM en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de venta por correo de nuestro plan requiere que pida **al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de 100 días**.

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

Normalmente, un pedido de farmacia por correo se entrega en un plazo no superior a 14 días.

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 profesionales sanitarios, sin consultarle antes, si es que:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Ha utilizado servicios de venta 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 CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

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 antes usó pedidos por correo y no quiere que la farmacia surja y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

Si nunca utilizó 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 profesional sanitario para saber si quiere que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique 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 al Servicio de 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 15 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 fármacos que se toman de forma regular, para una enfermedad crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* **mvphealthcare.com** le indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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 recetas como afiliado de nuestro plan.

Consulte primero con el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 fármacos incluyen medicamentos huérfanos u otros fármacos 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 tengas 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 muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en el Capítulo 2, Sección 6 de Medicaid para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos 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 el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del fármaco que es:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se receta, o
- Respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service 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 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 fármacos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podría ser un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado 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 la 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 fármacos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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, puede que consiga un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Existen 6 niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel, mayor es 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 de especialidad: incluye medicamentos genéricos de especialidad y de marca de alto costo. Este es el nivel de mayor costo compartido.
- Nivel 6; medicamentos Select Care: incluye medicamentos genéricos Select Care de \$0 para tratar afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto.

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 en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

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:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- 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 estén incluidos en la Lista de Medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de Medicamentos, visite nuestro sitio web o llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o pida una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (visite Caremark.com 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 de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para ver una estimación de lo que va a pagar y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que puedan tratar la misma condición.

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 la manera más eficaz. 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 profesional sanitario, 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 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos 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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web mvphealthcare.com.

Probar otro medicamento primero

Este requisito lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero normalmente igual de efectivos antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, 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 fármaco se llama **terapia escalonada**. Los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web mvphealthcare.com.

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 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera 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 comercial 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:

- Puede 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 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos 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.

Para preguntas sobre un suministro temporal, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 médico sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 es afiliado actual y un medicamento que toma será retirado del formulario o restringido de alguna manera para el año que viene, le informaremos de cualquier cambio antes del año nuevo. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos 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:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 7.4 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.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- **Sustituye un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos 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 han hecho cambios en un medicamento que toma.

Cambios en su cobertura 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.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a otro nivel de costo compartido, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo o en un nivel de costo compartido menor y *[Los planes que no usan niveles pueden omitir “el mismo o menor nivel de costo compartido 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 añadamos tendrá 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si va a tomar 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 condición, o pida 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 fármaco 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 le afecten durante este año de plan

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:

- 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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.

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

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)

Fármacos utilizados para promover la fertilidad

Medicamentos usados para aliviar los síntomas de tos o resfriado

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor

Fármacos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Fármacos 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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporciona la información de nuestro plan, que puede encontrar en su tarjeta de socio, 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 estancia cubierta por el plan?

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. 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.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención 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.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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 lo es, o si necesita más información o ayuda, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 obtiene 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 para el próximo año calendario es acreditable.

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

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 de su empleador o del plan 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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el fármaco. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o al profesional que receta que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que 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 drogas 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 condición
- 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 inseguras de medicamentos opioides para el dolor

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 opioides que recibe de varios profesionales que recetan o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

los profesionales para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides 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:

- Exigirle que consiga todas sus recetas de opioides o benzodiacepinos en una o ciertas farmacias.
- Exigirle que consiga todas sus recetas de opioides o benzodiacepinos de un determinado profesional que receta.
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiacepinos 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 limitamos 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 relacionada con 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 en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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 profesional sanitario le hará

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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 recetados 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 profesionales sanitarios. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) por si va al hospital o a urgencias.

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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

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

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 para consultar la cobertura de medicamentos (mvphealthcare.com), el gasto que ve muestra una estimación de los costos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información en la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los gastos de sus medicamentos si recibe Ayuda Adicional con los gastos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como está en el programa de Ayuda Adicional, **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 inserto por separado, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional 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 inserto, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula LIS*.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

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

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que empiece nuestro plan para pagar nuestra parte.
- 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.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

Sus costos 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 realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, servicio de salud indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAPs) 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 costos de bolsillo durante el año calendario, pasa de etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en sus costos de bolsillo

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

- 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
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Los pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos 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 costos de bolsillo por medicamentos, está obligado a informar a nuestro plan llamando al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los gastos totales de su bolsillo

- La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Hay **3 etapas** de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP). 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 de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**
- **Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**
- **Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un control de los gastos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando las recibe 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:

- **Costos 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 Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, servicio de salud indígena, programas de asistencia para medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAPs).
- **Gastos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D cubierta. 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.º de enero.** Esto muestra el gasto total de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **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 procede.

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 socio 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 costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus costos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando 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.
 - Cuando 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.
- **Envíanos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelo para que podamos controlar sus gastos.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revíselo para asegurarse de que la información está completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible

Como la mayoría de nuestros afiliados reciben Ayuda Adicional con los gastos de sus medicamentos con receta, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los afiliados. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto por separado (la *Cláusula LIS*) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda Adicional, la etapa de deducible es la primera etapa de pago para 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 en los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 de medicamentos. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de nivel 1, 2, 3, 4 y 5** hasta alcanzar el deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. 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 paga \$700 por sus medicamentos de Nivel 1, 2, 3, 4 y 5, sale de la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y 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.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nuestro plan tiene 6 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está en uno de los 6 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 de especialidad:** incluye medicamentos genéricos de especialidad y de marca de alto costo. Este es el nivel de mayor costo compartido.
- **Nivel 6; medicamentos Select Care:** incluye medicamentos genéricos Select Care de \$0 para tratar afecciones como diabetes, hipertensión y colesterol alto.

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

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D**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.

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.

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 Medicamentos genéricos preferidos	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:			
Costo compartido de Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$0 de copago o \$1.65 de copago o \$5.80 de copago			
Costo compartido de Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Para todos los demás medicamentos, usted paga: - \$0 de copago o \$5.00 de copago o \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.			
Costo compartido de Nivel 4 Medicamentos no preferidos	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.			

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos 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 5 Medicamentos especializados				
Costo compartido de Nivel 6 Medicamentos Select Care	Usted paga \$0 de copago			

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 8 para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas 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.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- 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 puede ser hasta 100 días para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 6 y un suministro de 90 días para Niveles 2-5.

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)	Costo compartido de pedido por correo
	Hasta un suministro de 100 días para Nivel 1 y Nivel 6	Hasta un suministro de 100 días para Nivel 1 y Nivel 6
	Hasta un suministro de 90 días para los Niveles 2-5	Hasta un suministro de 90 días para los Niveles 2-5
Costo compartido de Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga:
Costo compartido de Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$0 de copago o \$1.65 de copago o \$5.80 de copago	\$0 de copago o \$1.65 de copago o \$5.80 de copago
Costo compartido de Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Para todos los demás medicamentos, usted paga:	Para todos los demás medicamentos, usted paga:

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costo compartido en comercio minorista estándar (de la red)	Costo compartido de pedido por correo
	Hasta un suministro de 100 días para Nivel 1 y Nivel 6 Hasta un suministro de 90 días para los Niveles 2-5	Hasta un suministro de 100 días para Nivel 1 y Nivel 6 Hasta un suministro de 90 días para los Niveles 2-5
Costo compartido de Nivel 4 Medicamentos no preferidos	- \$0 de copago o \$5.00 de copago o \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.	- \$0 de copago o \$5.00 de copago o \$14.40 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.
Costo compartido de Nivel 5 Medicamentos especializados	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.
Costo compartido de Nivel 6 Medicamentos Select Care	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta 2 meses o \$105 por un suministro de hasta 3 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 costos 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 durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de dinero de bolsillo \$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 costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Entra en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,400 para el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura catastrófica, permanece en esta fase de pago hasta final 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 llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido sobre 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. Si la vacuna está 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 los medicamentos 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, paga 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 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 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 Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos 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 paga 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.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagársela. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertas, pagaremos directamente al proveedor.

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

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.

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

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 urgente o de emergencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede obtener servicios de emergencia o urgentes de cualquier proveedor, ya sea que este forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pida al proveedor que facture a nuestro plan.
- 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 cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que 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.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague más de lo que le cuesta.

- 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. Contactaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debe bajo nuestro plan.

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).

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

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 la reclamación 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 nuestra 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 del medicamento. 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.

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.

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**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 reclamación 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 reclamación 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 reclamación, 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, hospitalización 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 la reclamación.
- 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 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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 reclamaciones de medicamentos con receta:

CVS Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos**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 del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, puede que no le reembolsen el monto total pagado (por ejemplo, si compró un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- 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. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la provisión de servicios de traductor, intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipográfico).

Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de intérpretes para responder preguntas de afiliados que no hablen inglés. Este documento está disponible gratuitamente en español. También podemos ofrecerte información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si la necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra manera que funcione para usted, 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).

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 problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista en red, llame para presentar una reclamación 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 presentar una reclamación 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.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible gratis en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros. Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el MVP Member Services/Customer Care Center (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que proporcione y gestione los servicios cubiertos. No exigimos que obtenga derivaciones para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores *de nuestro plan en 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 sanitaria.

Tiene derechos relacionados con su información y controlar 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.

¿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 recetados de la Parte D. Si Medicare facilita su

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus historiales médicos. Si nos pide esto, trabajaremos con su proveedor sanitario 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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, 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).

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 cualificaciones 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**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 profesionales sanitarios. Sus profesionales 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 sanitaria. 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 condición, 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.

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 sanitarias 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 sanitaria** son ejemplos de directivas anticipadas.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**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 comunicarse con el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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). Según la ley, nadie puede negarle que se preocupe ni discriminarlo por si firmó o no una directiva anticipada.

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, 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP 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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP 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](#)).
 - 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. En caso de preguntas, 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).

Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para acceder a estos servicios. Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles 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 sanitaria 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 profesionales sanitarios que está inscrito en nuestro plan. Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades**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 profesionales sanitarios 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 seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- 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 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, avise al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Ferrocarriles).**

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 los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que debe seguir para resolver su problema depende del tipo de problema que tenga:

- 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.

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y qué debe 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 al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener 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:

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 compañía 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.

- *Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP)*
- 1-800-701-0501
- <https://www.shiphelp.org/>

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame 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.
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

- Puede llamar a la Línea de Ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, sábados de 9 am a 1 pm.
- Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- También puede visitar el sitio web de Medicaid del estado de Nueva York: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información que contiene este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A esto se le llama proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación podrá ayudarle a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿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 5, Una guía sobre decisiones y apelaciones sobre cobertura**.

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo formular una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura

SECCIÓN 5 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 explicándole 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 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

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 5.1 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 al **Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP** al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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) o en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**).
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica le pide que continúe recibiendo un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es **posible** que deba nombrar a su médico u otro profesional que receta como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos 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, pariente u otra persona sea su representante, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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) o en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**). 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.

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

Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos iniciar ni 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 con su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado en su colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. También 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.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos; proporcionamos los detalles de cada una de estas situaciones:

Sección 6: “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”

Sección 7: “Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”

Sección 8: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto”

Sección 9: “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 está seguro de qué información se aplica a usted, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de SHIP.

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

Sección 6.1 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 6.2.**
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 6.2.**
3. Tiene atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Haga una apelación. Sección 6.3.**
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 6.5.**
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 6.3.**

Aviso: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), vaya a las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 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: Decide 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.

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándares podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explique que usaremos los plazos estándar.
 - Que explique que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Que explique que puede presentar una reclamación rápida sobre nuestra decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió.

Paso 2: Pregunte a nuestro plan para tomar una decisión de cobertura 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. 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 más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días 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 11).

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 más información que podría beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. 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 11). 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 6.3 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: Decide 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 6.2.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. 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 la notificación 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. 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.

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

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le indicamos que íbamos a interrumpir o reducir la prestación de los servicios o la entrega de los artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del sello postal que figura en nuestra carta o a más tardar en la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario 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 nos lo exige.
 - 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. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura 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,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitimos 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. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
 - 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. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de **30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una carta.

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

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le dirá que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4 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 conectado 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.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación del Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indicará cómo hacerlo. A continuación, también se brinda información.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 186 para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que suele estar cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a que reciba la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si 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.
- 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 la organización de revisión independiente dice que no a parte o a toda su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan 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:
 - Explique 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. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 se rechaza y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Solicite una Audiencia Imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios generalmente cubiertos por Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el estado. Debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de parte nuestra le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado:

- Por teléfono: 1-800-342-3334
(los usuarios de TTY deben llamar al 711 y solicitar al operador que llame al 1-877-502-6155)
- Por fax: 518-473-6735
- Por internet: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Por correo postal: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
- En persona: **Para residentes que no sean de la ciudad de Nueva York:**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

Para residentes de la ciudad de Nueva York:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

Después de solicitar una Audiencia Imparcial, el Estado le enviará un aviso con la hora y el lugar de la audiencia. En la audiencia se le solicitará que explique por qué cree que esta decisión es incorrecta. Un funcionario de audiencias escuchará sus argumentos sobre el plan y decidirá si nuestra decisión fue incorrecta. Si el estado rechaza su solicitud de una Audiencia Imparcial de vía rápida, lo llamará y le enviará una carta. Si se rechaza su solicitud de Audiencia Imparcial de vía rápida, el estado procesará su Audiencia Imparcial en un plazo de 90 días.

Si el estado aprueba su solicitud de una Audiencia Imparcial de vía rápida, lo llamarán para informarle la hora y la fecha de su audiencia. Todas las Audiencias Imparciales de vía rápida se harán por teléfono.

Preparación para la audiencia:

- **Le enviaremos una copia del “paquete de evidencias” antes de la audiencia.** Esta es la información que usamos para tomar una decisión sobre sus servicios. Le proporcionaremos esta información al funcionario de audiencias para explicar nuestra decisión. En caso de que no haya tiempo suficiente para enviársela por correo, le traeremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si no recibe el paquete de evidencias antes de la semana anterior a su audiencia, puede llamar al [1-800 MCO-PLAN] y solicitarlo.

- **Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso y otros documentos.** El expediente de su caso tiene sus registros médicos y puede contener más información sobre por qué se modificó o no se aprobó su servicio de atención médica. También puede solicitar ver los lineamientos y cualquier otro documento que usamos para tomar esta decisión. Puede llamar al [1-800 MCO-PLAN] para ver el expediente de su caso y otros documentos, o para solicitar una copia gratuita. Solamente se le enviarán copias por correo si usted indica que desea que se las envíen por correo.

- **Usted tiene derecho a llevar a un acompañante para que lo asesore durante la audiencia,** como un abogado, amigo, familiar u otra persona. En la audiencia, usted o esta persona puede entregarle al funcionario de audiencias un documento por escrito, o simplemente decir por qué la decisión fue incorrecta. También puede llevar personas que hablen a su favor. Usted o esta persona también pueden hacer preguntas a otras personas durante la audiencia.

- **Usted tiene el derecho de presentar documentos para respaldar su caso.** Lleve una copia de todos los documentos que considere que serán de ayuda en su caso, como las cartas del médico, las facturas de atención médica y los recibos. Puede ser útil que concurra a la audiencia con una copia de este aviso y de todas las páginas adjuntas.

- **Podría obtener asistencia legal** llamando a la Sociedad de Asistencia Jurídica de su localidad o a un grupo de defensoría. Para encontrar un abogado, consulte la sección “Abogados” de las Páginas Amarillas o ingrese a www.LawhelpNY.org. En la ciudad de Nueva York, llame al 311.

Apelación externa

Usted tiene otros derechos de apelación si le indicamos que el servicio que solicitó:

1. no es médicamente necesario;
2. es experimental o de investigación;
3. no es diferente de la atención que puede recibir en la red del plan; o

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

4. está disponible a través de proveedores participantes que tienen la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al Estado de Nueva York (NYS) una apelación externa independiente. Esto se denomina “Apelación Externa” porque son revisores que no trabajan para MVP HEALTH PLAN, INC o para el NYS los que toman la decisión. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el NYS. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, ensayo clínico o tratamiento para una enfermedad rara. No tiene que pagar para presentar una Apelación Externa.

Tiene 4 meses a partir de la fecha en que enviamos la carta con la decisión de su apelación de Nivel 1 para solicitar una Apelación Externa. Si usted y MVP HEALTH PLAN, INC. aceptan omitir nuestro proceso de apelación, debe solicitar la Apelación Externa dentro de los 4 meses posteriores a la fecha de dicho acuerdo.

Para solicitar una Apelación Externa, complete el formulario de solicitud y envíelo al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios al Afiliado si necesita ayuda para presentar una Apelación Externa. Usted y sus médicos deberán brindar información sobre su problema médico. La solicitud de Apelación Externa indica qué información se necesitará.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud de Apelación Externa:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov
- Comuníquese con nosotros al 1-866-954-1872

Su Apelación Externa se decidirá en un plazo de 30 días. Podría ser necesario más tiempo (hasta 5 días hábiles) si el revisor de la Apelación Externa solicita más información.

A usted y a MVP HEALTH PLAN, INC. se les informará la decisión final dentro de los dos días posteriores a que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- su médico dice que un retraso causará un daño grave a su salud;
- está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y su plan rechaza la atención hospitalaria.

Esto se denomina Apelación Externa Acelerada. El revisor de la Apelación Externa tomará una decisión sobre una apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si usted solicitó un tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados al menos 24 horas antes de la fecha en que debía dejar el hospital, seguiremos pagando su estancia si:

- solicita una apelación de vía rápida de Nivel 1 dentro de las 24 horas, **Y**
- solicita una Apelación Externa de vía rápida a la misma vez.

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

Seguiremos pagando su estancia hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación de vía rápida de Nivel 1 dentro de las 24 horas. La Apelación Externa de vía rápida se decidirá en 72 horas.

El revisor de la Apelación Externa les informará la decisión de inmediato a usted y al plan por teléfono o fax. Más tarde, se enviará una carta que le informa la decisión.

Puede solicitar una Audiencia Imparcial o una Apelación Externa, o ambas opciones. Si solicita una Audiencia Imparcial **y** una Apelación Externa, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será la que cuente.

Paso 2: La oficina de Audiencias Imparciales le da una respuesta.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencias Imparciales acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si la oficina de Audiencias Imparciales rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que pidió, puede presentar otra apelación.

Si la organización de revisión independiente o la decisión de la oficina de Audiencias Imparciales es negativa para todo o parte de lo que usted solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de la Audiencia Imparcial le describirá esta siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelaciones después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicaid cubiertos por nuestro plan, pídale a nuestro plan que le devuelva el dinero (un reembolso). Es su derecho recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos

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

o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, lo reembolsaremos por los servicios o los medicamentos.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha pagado está cubierta. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid por el que pagó, nos está pidiendo que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o si usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos por la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de 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 6.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.
- 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 de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección, se le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen 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 explicando 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:

- Solicitando que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitando que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**

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

- Solicitando 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 7.2.**
- Pedir la preaprobación para un medicamento. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 7.4.**
- Pague por un medicamento con receta que ya compró. **Pídenos que le devuelvan el dinero. Sección 7.4.**

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 pedir una apelación.

Sección 7.2 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 de escalonamiento**.

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.

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.

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.

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 condición.
- Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con la monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su condición.
- 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 condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de escalonamiento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 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, incluye esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un fármaco para tratar una condición concreta. Estas diferentes posibilidades se denominan fármacos **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.

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 fármaco siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si decimos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** posteriores a que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** posteriores a que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que le damos 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.**
- **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:
 - Explique 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.

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

- 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: Pida 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, incluida una solicitud presentada en 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. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada 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 de este capítulo, 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 nos lo exige.
 - 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

- 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 nos lo exige.
 - 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.

- **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 7.5 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: Decide si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días. 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 7.4.

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, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-665-7924.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida la que se presente en el *Formulario Modelo de Solicitud de la redeterminación CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días** calendario desde la fecha indicada en la notificación 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. 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.

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

- Cuando revisemos su apelación, revisamos 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 nos lo exige.
 - 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. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura 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.

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. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a 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.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

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 conectado 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 esta organización. A esta información se la denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de caso.**
- 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 relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pide a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente 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 la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.

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

- 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.
- 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, 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 la notificación 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 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia en el hospital cubierto, 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 salga del 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 estancia más larga y su petición será considerada.

Sección 8.1 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

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

ayuda, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. Le indica lo siguiente:

- Tiene razón en recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia hospitalaria, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber qué son estos servicios, quién los pagará y dónde puede conseguirlos.
- Tiene razón en participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital.
- 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 la notificación *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de su alta. Firmar la notificación **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 te programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

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

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados 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 tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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. [En Nueva York, el SHIP se conoce como Programa de Información, Consejería y Asistencia sobre Seguros de Salud \(HIICAP\).](#)
- La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. 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.

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

- **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.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, y todavía desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se 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 una muestra del **Aviso Detallado de Alta** llamando al centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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.) O puede obtener un aviso de muestra 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).

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

- Los profesionales sanitarios 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 revisarán 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.**

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

- Tendrá que seguir pagando su parte de los gastos (como deducibles o copagos, si estos lo aplican). 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.

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 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, 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 estancia después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad analizarán detenidamente una vez más toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión 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.

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 negativa, 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 la notificación 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 10** explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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 los 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 9.1 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 forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

- 1. Recibe una notificación por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:
 - 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 9.2 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 preguntas o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (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 de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es 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.

Actúe con rapidez:

- Debe contactar con la Organización para Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** 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 la Mejora de la Calidad.

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.

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que 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 sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los gastos (como deducibles o copagos, si estos lo aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿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 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 usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 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

sanitaria domiciliaria, o atención 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: Comuníquese de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite 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 continuase recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para 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 relacionada con su apelación.

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 la notificación 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 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser 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.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. Aquí tiene quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado 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.

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

- 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.
- **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, puede 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 *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es acerca de servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si 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, puede 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. Aquí tiene quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado 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.
- **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 esta 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 o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, 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 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 *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 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 11.1 ¿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.

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 no 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 Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP?• ¿Siente que lo están animando a abandonar el plan?

Queja	Ejemplo
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 sanitarios? ¿O por nuestro Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP u otro afiliado del personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ 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.

Sección 11.2 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 al** Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **suele ser el primer paso**. Si necesita hacer algo más, el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP se lo comunicará.
- **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 puede 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.
- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe llamar al** Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **de inmediato**. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

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.
- **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 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, también 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 sanitarios 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 11.4 También puede informar a Medicare y Medicaid sobre su queja

Puede presentar una queja sobre MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) 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.

Para cuestiones de atención gestionada con Medicaid, también tiene derecho a contactar con el Departamento de Salud del estado de Nueva York sobre su queja. Comuníquese con el Departamento de Salud mediante:

- Teléfono: 1-800-206-8125
- Correo: Departamento de Salud del estado de Nueva York
Unidad de Quejas de Atención Gestionada
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov

Capítulo 10:

Cómo finalizar la membresía de nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalizar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) puede ser **voluntario** (por su elección) o **no voluntario** (no por su elección):

- Puede que abandone nuestro plan porque decida que *quiere* irse. Las secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo terminar voluntariamente su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige cancelar su membresía. La Sección 5 le habla de situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y medicamentos recetados, y seguirá pagando su parte de costos hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare solo pueden terminar su membresía en determinadas épocas del año. Como tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación a nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado,
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más, puede que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado; programa Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, sábado de 9 am a 1 pm para informarse sobre las opciones de su plan de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Periodo de Inscripción Abierta**. En la Sección 2.2, se informa más sobre el Periodo de Inscripción Abierta.
- **Su membresía suele terminar el primer día del mes después de que reciba su solicitud para cambiar sus planes.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta

Puede finalizar su membresía 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 con receta de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más consecutivos, puede que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**

Puede realizar *un* cambio en su cobertura sanitaria durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** va del 1.º 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 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, puede que sea elegible para terminar 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 muda
- Si tiene Medicaid en Nueva York
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos 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)

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, puede que solo sea elegible para ciertos Periodos Especiales de Inscripción. En el Capítulo 5, Sección 10, se cuenta más sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le explica más sobre el periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Periodo Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura sanitaria de Medicare como la cobertura de medicamentos. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más consecutivos, puede que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Su membresía suele terminar el primer día del mes después de que reciba su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 se le explica más sobre el periodo especial de inscripción para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo terminar su membresía, puede:

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- **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).**
- Busque 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).

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debería terminar 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"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Será dado de baja automáticamente de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Será dado de baja automáticamente de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para darlo de baja. 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) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede contactarse con 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Aviso: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y se queda sin cobertura de medicamentos con receta acreditable durante un periodo continuo de 63 días o más consecutivo, 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.

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Programa de Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Información adicional de contacto puede encontrarse en el Capítulo 2, Sección 6. Pregunte cómo se puede unir a otro plan o volver a Original Medicare afecta a cómo obtiene su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

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

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, 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 en red o por correo para que le surtan sus recetas.**
- **Si lo hospitalizan el día que termina su membresía, su estancia hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que empiece su nueva cobertura sanitaria).

SECCIÓN 5 MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe terminar la membresía de su plan en ciertas situaciones

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) debe terminar 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 ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si se encuentra dentro del periodo de 3 meses de elegibilidad continuada considerada de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare Advantage de Medicare. Este periodo de gracia comienza el primer día del mes después de que sepamos de su pérdida de elegibilidad y se lo comuniquemos. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas o el costo

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

compartido de Medicare por los que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo. Si al final del periodo de gracia de tres (3) meses no ha recuperado Medicaid y no se ha inscrito en otro plan, le daremos de baja de nuestro plan y será reincorporado a Original Medicare.

- Si se muda fuera de nuestra zona de servicio.
- Si está fuera de nuestra zona de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, 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) para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro de la zona de nuestro plan.
- Si se encuentra en prisión.
- Si no es más ciudadano de los Estados Unidos o ciudadano no elegible en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros, tiene que ofrecer cobertura de medicamentos.
- Si nos da información incorrecta intencionadamente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a 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 por el Inspector General.
- Si no paga las primas de su plan durante 3 meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima de su plan antes de que terminemos su membresía.

Si tiene preguntas o quiere más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, 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).

Capítulo 10: Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud**

MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP) 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 terminar 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.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, 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). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP puede ayudarle.

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 CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del 42 CFR, MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario bajo las regulaciones de 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

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.

Apelación: una apelación es algo que se realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios sanitarios o medicamentos recetados 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 DualAccess Complete (HMO D-SNP), solo tendrá 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 fármacos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (vaya a “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

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 (vaya a “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12: Definiciones

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 fármaco. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento comercial ha expirado.

Plan de atención: un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los va a recibir. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y [\[inserte otros servicios como LTSS según corresponda.\]](#).

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales sanitarios que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

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, nuestro plan cubre el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. No paga nada.

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

Plan de Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos: C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades graves y crónicas específicas.

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.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. 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 que recibe. También incluye quejas si nuestro 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.

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.

Capítulo 12: Definiciones

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un afiliado debe pagar cuando se obtienen servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 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 6 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 nuestro 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 nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro 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 cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros sanitarios 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 penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Atención de custodia: la atención de custodia es una atención personal que se ofrece en una residencia de ancianos, hospicio 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 custodia.

Tarifa diaria de copago: puede aplicarse una tarifa diaria de copago cuando su médico le prescribe 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 nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Capítulo 12: Definiciones

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 parte o la totalidad de los costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que su médico solicita por motivos médicos. 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.

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 obtener 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).

Capítulo 12: Definiciones

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o estatal 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 FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento comercial. 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).

Evaluación de Riesgos para la Salud: revisión de su historial médico y estado actual. Se utiliza para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Cuidado de hospicio: 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. Nuestro plan debe 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.

Estancia hospitalaria: una estancia hospitalaria 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.

Cantidad Mensual Ajustada Relacionada 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 una Cantidad Mensual Ajustada Relacionada 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 costos 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.

Capítulo 12: Definiciones

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también son conocidas como personas con doble derecho a beneficio completo.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) al menos 90 días seguidos en determinadas instalaciones de larga duración. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNPs equivalentes institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

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 sobre 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 nuestro plan.

Subvención para bajos ingresos (LIS): vaya a Ayuda Adicional.

Programa de Descuento para Fabricantes: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro 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.

Monto máximo de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por nuestras primas de plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de bolsillo. Si es elegible para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo de los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Como nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos llegan a alcanzar este máximo de costos de bolsillo).

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 sanitarios están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Capítulo 12: Definiciones

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la FDA 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).

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: el periodo comprendido entre el 1.º 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 contrata con Medicare para proporcionarle todos sus 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 Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para 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**.

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 visión, 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 contrata con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs y Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Capítulo 12: Definiciones

Cobertura de medicamentos 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.

Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o profesional sanitario para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías 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).

El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP: 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 contrata 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 sanitarios, hospitales y otras instalaciones sanitarias que están licenciadas o certificadas por Medicare y por el estado para prestar servicios sanitarios. **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**.

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.

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.

Capítulo 12: Definiciones

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio):

Original Medicare lo ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage o los planes de medicamentos con receta. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores sanitarios los montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor sanitario que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 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 están empleados, son propiedad ni operados por nuestro plan.

Costos 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 costo de bolsillo del afiliado.

Umbral de costos 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 obtienen tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través de nuestro 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

Penalización 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 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. Si pierde Ayuda Adicional, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable.

Plan de Organización de Proveedores Preferentes (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferentes 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 costos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferentes) y un límite más alto en el total combinado de sus costos de bolsillo para servicios tanto de proveedores de la red (preferentes) como de fuera de la red (no preferentes).

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

Servicios preventivos: servicios sanitarios 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 diagnósticos. 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 médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro profesional sanitario.

Autorización previa: aprobación previa para recibir servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. 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.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, pero no se limitan a, 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 enteral y parenteral.

Capítulo 12: Definiciones

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 un medicamento 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 condición 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 cabecera 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 atención de rehabilitación con internamiento, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla 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). Nuestro plan debe darle de baja si se muda permanentemente fuera de la zona de servicio de nuestro 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. Ejemplos de atención incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede ser administrada por un enfermero o médico titulado.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece una atención sanitaria más enfocada para grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, viven en una residencia o tienen ciertas enfermedades crónicas.

Capítulo 12: Definiciones

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro fármaco para tratar su afección médica antes de cubrir el fármaco 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 y que no es una emergencia es un servicio urgentemente necesario si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, 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 al Afiliado de MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)

Método	Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP: información de contacto
Llame	<p>1-866-954-1872</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de representantes del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP están disponibles para atenderle:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP, 1-866-954-1872, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP están disponibles para atenderle: del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, hora del Este.</p>
Fax	<p>1-585-327-2298</p>

Método	Centro de Servicios al Afiliado/Atención al Cliente de MVP: información de contacto
Escriba a	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
Sitio web	mvphealthcare.com

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP)

(SHIP de Nueva York) **El Programa de Asesoramiento y Asistencia de Información en Seguros de Salud (HIICAP)** es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito en seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	1-800-701-0501
Escriba a	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección del HIICAP o de su asesor local de SHIP.
Sitio web	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.