



Del 1.o de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

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

Este documento brinda los detalles sobre su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Usar este documento para comprender:

- La prima de nuestro plan y el costo compartido
- Nuestros 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 a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llame de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, hora del este. Del 31 de octubre al 31 de marzo, llámenos los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm, hora del este. Esta llamada es gratuita.

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

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

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

Los beneficios y los copagos o coseguros podrían cambiar el 1.º de enero de 2027.

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_0548_C

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1: Introducción a ser afiliado	5
SECCIÓN 1 Es afiliado de MVP DualAccess (HMO D-SNP)	5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MVP DualAccess (HMO D-SNP).....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	16
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	19
SECCIÓN 1 Contactos de MVP DualAccess (HMO D-SNP).....	19
SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare.....	22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).....	24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization - QIO).....	24
SECCIÓN 5 Seguro Social	25
SECCIÓN 6 Medicaid	26
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	33
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como afiliado de nuestro plan	33
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios.....	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	42
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa de atención de la salud no médica	44
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	45

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).....	48
SECCIÓN 1 Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	49
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de MVP DualAccess (HMO D-SNP).....	94
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	95
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	98
Sección 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	98
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	99
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	103
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura	106
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría	107
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	109
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	112
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta	113
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	113
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	115
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	118
SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	118
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP DualAccess (HMO D-SNP).....	121
SECCIÓN 3 Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	121
SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible	123
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial	124
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situación catastrófica.....	129
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D	129
CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	132
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios médicos o medicamentos cubiertos	132

Índice

SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió.....	135
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	136
CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	138
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural	138
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan	144
CAPÍTULO 9:	Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	146
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	146
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	147
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema.....	148
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.....	149
SECCIÓN 5	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	149
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	153
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	162
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	174
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	179
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes.....	184
SECCIÓN 11	Cómo formular una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	187
SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid.....	190
CAPÍTULO 10:	Finalización de la membresía en nuestro plan.....	192
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	196
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	197
SECCIÓN 5	MVP DualAccess (HMO D-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones	197
CAPÍTULO 11:	Avisos legales.....	200
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	200

Evidencia de cobertura 2026 para MVP DualAccess (HMO D-SNP)	4
Índice	

SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	200
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	201
CAPÍTULO 12: Definiciones		202

CAPÍTULO 1:

Introducción a ser afiliado

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

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

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, MVP DualAccess (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 (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 especiales de atención médica. MVP DualAccess (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 (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 a ser afiliado

MVP DualAccess (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. 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, incluida su 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 (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en MVP DualAccess (HMO D-SNP) entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de MVP DualAccess (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el programa Medicaid de Nueva York deben aprobar MVP DualAccess (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:

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (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.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Capítulo 1: Introducción a 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 con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Aviso: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua estimada.

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

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

MVP DualAccess (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

residiendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación:

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

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo afiliado del plan. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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 mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiar a Medicare Original 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).

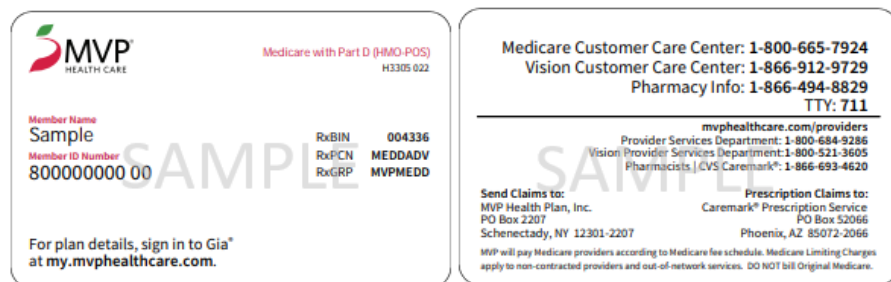
Sección 2.4 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

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

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

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

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

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores (mvphealthcare.com) 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 que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que MVP DualAccess (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Centro de Servicios a los Afiliados 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 3.3 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 usar. Vaya a 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 a los Afiliados 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 3.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP DualAccess (HMO D-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con 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 ha aprobado la Lista de Medicamentos de MVP DualAccess (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 a los Afiliados 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 mvphealthcare.com o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Para obtener detalles, vaya a la Sección 4.1.	\$0
Cantidad máxima de desembolso personal Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener detalles, vaya a la Sección 1.2 del Capítulo 4).	\$0
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 de copago por visita
Estadías en el hospital para pacientes internados	\$0 de copago por hospitalización cubierta por Medicare
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener detalles, vaya a la Sección 4 del Capítulo 6).	\$0

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situación catastrófica).	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Niveles 1 a 5 de medicamentos: Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente: - \$0 de copago o - \$1.60 de copago o - \$5.10 de copago Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente: - \$0 de copago o - \$4.90 de copago o - \$12.65 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.

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 recetados de Medicare (Sección 4.5)

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para MVP DualAccess (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 adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare**

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 (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.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no 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 cualquier 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 recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

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 recetados 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 la cantidad 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. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- 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 2026, la prima básica del beneficiario será de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima básica nacional del beneficiario y redondee a los 10 céntimos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

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

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba donde se indica que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

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

Sección 4.4 Cantidad Mensual Ajustada Relacionada 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 Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si esta cantidad es superior a cierta cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar una 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 para 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

Capítulo 1: Introducción a ser afiliado

adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados 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 recetados (en lugar de pagar a la farmacia). La factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier receta 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 recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el siguiente año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1.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. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para la Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía 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.

SECCIÓN 6 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 Cuidado Primario.

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 tiene 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 trabajadores o Medicaid).
- Cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si es admitido en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP 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 7 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 a 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 es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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 (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de la familia) aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 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 el pulmón negro
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

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

Para obtener ayuda con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de afiliado, llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o MVP DualAccess (HMO D-SNP). Estaremos felices de poder ayudarlo.

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: 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 a los Afiliados 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.
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.
Fax	1-585-327-2298
Escriba a	MVP Health Care – MVP Member Services/Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
Sitio web	mvphealthcare.com

Cómo 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, vaya al 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 a los Afiliados de MVP también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 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 reclamación 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 a los Afiliados 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	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 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 – Member Appeals Department PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, visite http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

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

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

TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP están disponibles para servirle: Llámenos los siete días a la semana, de 8 am a 8 pm, hora del Este. Del 1 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 PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301
Sitio web	mvphealthcare.com

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

Llame	1-866-494-8829 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	CVS/Caremark PO Box 2110 Pittsburgh, PA 15230-2110
Sitio web	mvphealthcare.com

SECCIÓN 2 Reciba 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare

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 www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • 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 para ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP). Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamaciones con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, 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, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

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

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, 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, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): Información de contacto	
Llame	1-800-701-0501
Escriba a	Puede llamar al número anterior para encontrar la dirección del HIICAP o de su asesor local del SHIP.
Sitio web	aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization - QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. Para el Estado de Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commerce Health BFCC-QIO.

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:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

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 9:00 am a 5:00 pm Fines de semana y feriados: de 10:00 am a 4:00 pm Servicio de correo de voz disponible las 24 horas
TTY	711 De lunes a viernes, de 9:00 am a 5:00 pm Fines de semana y feriados: de 10:00 am a 4:00 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.livantaqio.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 una cantidad 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 la cantidad adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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.
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	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Programa Medicaid del Estado de Nueva York: información de contacto

Llame	1-800-541-2831 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. (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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Información de contacto de Community Health Advocates (CHA)	
Llame	1-888-614-5400 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
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	www.communityhealthadvocates.org

El Proyecto de Acceso Comunitario a la Salud para Adicciones y Salud Mental (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, 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.

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP): información de contacto	
Llame	1-888-614-5400 De lunes a miércoles de 9:00 a.m. a 7:00 p.m.; jueves y viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
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 asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos 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 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
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 (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, usted 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 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado. Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1-800-541-2831, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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.

- 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 a los Afiliados 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 (State Pharmaceutical Assistance Program, 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, 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 (AIDS Drug Assistance Program, 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 de 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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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 miembros.

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

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

Llame	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 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 Medicare Prescription Payment

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos 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 usar 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 recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** 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 Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto**

Llame	1-844-889-9792 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados 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 de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.
TTY	Marque 711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de Servicios a los Afiliados 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.
Escriba a	MVP Health Care 625 State Street Schenectady, NY 12305
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 Ferroviaria, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Junta de Jubilación Ferroviaria: Información de contacto**

Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. 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.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
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 cantidad 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 el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, MVP DualAccess (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los

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

cubiertos por Original Medicare (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1).

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

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, 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, vaya a la Sección 2.1).
 - No necesita referidos de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Para conocer otros tipos de atención médica y otros servicios que puede obtener sin aprobación por adelantado de su PCP, vaya a 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 los servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, vaya a 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. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, vaya a 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

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

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 Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Puede acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. Una vez que conozca el nombre de un médico que

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

desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP.

Cómo cambiar su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)

Usted puede cambiar de Proveedor de Cuidado Primario 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 referido). También se indica en la Sección 2.3 a continuación. Puede elegir un PCP diferente usando el Directorio de proveedores o recibiendo ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de proveedores en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP.

Su 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 que se requieren con urgencia 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 de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

- 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 a los Afiliados 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 al consultorio del especialista.
- Atención quiropráctica.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. 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. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) tiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

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

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

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos si su proveedor abandona nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento 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 (Quality Improvement Organization, QIO), una queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

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

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

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

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

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

Sección 3.1 Reciba 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 una afección médica que empeora rápidamente.

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

Si tiene una emergencia médica:

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

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.

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

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

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 de urgencia 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 servicio necesario de manera urgente 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 de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesitadas de urgencia 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 Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de proveedores en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

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

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

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

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. Vaya a 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 (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos, en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos servicios no contarán para el Gasto de bolsillo máximo en servicios médicos. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados/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 fármaco contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. 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 la cantidad de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia

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

entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos demuestre cuánto pagó.

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

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

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 pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como afiliado a nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que 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,

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

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. Usted 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, la misma cantidad 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 *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf de Medicare. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica

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

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

El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe, que *no* es voluntario o que *es requerido* por la ley federal, estatal o local.

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

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

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

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

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que ordene un proveedor para que los afiliados los usen en el hogar. El afiliado siempre es propietario de algunos artículos

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

de equipo médico duradero (DME), como las prótesis. Otros tipos de equipo médico duradero (DME) que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como afiliado de MVP DualAccess (HMO D-SNP), generalmente usted no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan.** No tendrá posesión, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Para obtener más información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero (DME) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiar a Original Medicare para obtener la propiedad del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la propiedad del artículo una vez que vuelva a Original Medicare. Los pagos que ya realizó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

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

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

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

- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

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

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y se encarga del mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como asegurado de MVP DualAccess (HMO D-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

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

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

- **Copago:** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Tabla de beneficios le brinda más información sobre su coseguro).

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

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto de gastos de bolsillo que tiene que pagar cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina el monto

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

máximo que paga de su bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, esta cantidad es de \$9,250.**

Las cantidades que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de desembolso personal. Las cantidades que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima de desembolso personal. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal. Estos servicios se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de desembolso personal de \$9,250, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

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

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluye la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el nuevo plan de MA no requiera autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o atención urgente, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado un referido. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) que le brinda atención y la supervisa.

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

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

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los pagos de las primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare (excepto la Parte D de Medicare), según su elegibilidad para el Programa de ahorros médicos. Medicaid también puede cubrir servicios que Medicare no cubre, como servicios de atención a largo plazo o servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Puede verlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de otro modo si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

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

Información importante sobre beneficios para personas inscritas que reúnen los requisitos para recibir Asistencia adicional:

- Si recibe Asistencia adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos, puede que sea elegible para recibir otros beneficios complementarios personalizados o un costo compartido reducido personalizado.

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

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Tener una afección crónica solamente no garantiza la elegibilidad. Deben cumplirse todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcionen los beneficios.
 - Consulte la fila *Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas* en la siguiente Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles
 - Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

 Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para esta prueba de detección preventiva.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas por año del plan en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con la cirugía; • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), enfermeras especializadas (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no es una emergencia, incluyen servicios de ambulancia fija, rotativa y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar 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 nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es una emergencia, se debe documentar que la afección del afiliado es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
Examen físico de rutina anual Cubrimos un examen físico de rutina por año calendario. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de diagnóstico o de laboratorio realizada durante su visita, según se describe para cada servicio separado en la Tabla de Beneficios Médicos.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico de rutina anual.
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. Aviso: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Densitometría ósea Para las personas que califiquen (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los afiliados que cumplen con ciertas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • La manipulación manual de la espina para corregir una subluxación • La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta	No hay coseguro, copago ni deducible para las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos/profesionales médicos cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de telesalud.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal. Está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare, salvo los enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en materia fecal multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.	convierte en una prueba de diagnóstico, y usted paga \$0.

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación de autogestión de la diabetes, servicios y suministros diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (utilicen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Las tiras reactivas para diabéticos y los monitores de glucosa en la sangre deben adquirirse de un fabricante preferido (FreeStyle, Prodigy, Accu-check). • Los monitores de tiras reactivas de fabricantes no preferidos no están cubiertos a menos que exista una autorización previa de MVP	No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare, zapatos/insertos para diabéticos, suministros para diabéticos cubiertos por Medicare y tiras reactivas de glucosa en sangre de marca preferida (FreeStyle, Prodigy, Accu-check). Las tiras reactivas de marcas no preferidas están cubiertas solo con autorización previa de MVP.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Para ver la lista más reciente de proveedores, utilice la herramienta Find a Doctor en nuestro sitio web visitando mvphealthcare.com/find-care. Los artículos no cubiertos incluyen, entre otras cosas: pelucas, filtros de aire, aires acondicionados, asientos para bañera, deshumidificadores, elevadores, medias quirúrgicas elásticas, equipos de ejercicios, incluidas bicicletas de ejercicios y cintas caminadoras, barras de agarre, compresas para la incontinencia, camas hospitalarias institucionales, incluidas las oscilantes, tramas de circulación y Stryker, mesas para la cama, asientos de inodoro elevados, sillas de ducha, sistemas de bastidores de pie, bañeras de hidromasaje y bombas, dispositivos de terapia de frío, caja de luz terapéutica, bombas de compresión para trombosis venosa profunda, modificaciones en el hogar, como rampas para sillas de ruedas, barandas de soporte, barras para el baño o el hogar, y soportes hechos de material elástico u otro material elástico. Para ver o descargar la lista completa de artículos no cubiertos, visite mvphealthcare.com/members/medicare, luego haga clic en Forms/Resources (Formularios/recursos) y en Claims & Reimbursement Forms (Formularios de reclamos y reembolsos). Además, puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los suministros de equipo médico duradero cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 por mes. Su costo compartido no cambiará después de haberse inscrito durante 36 meses. Si realizó 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en MVP DualAccess (HMO D-SNP), su costo compartido en MVP DualAccess Plus (HMO D-SNP) es de \$0.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9). El DME alquilado es propiedad del proveedor y, si por algún motivo ya no es necesario (y no se ha pagado en su totalidad), debe devolverse al proveedor. Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe recibir atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y el costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Programas de educación sobre salud y bienestar físico Programas Living Well: Usted paga \$0 por clases de educación y servicios de apoyo, tales como clases de actividad física, programas de control del peso, alimentación más saludable, cómo vivir con artritis, talleres de prevención de caídas, manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva y Programa de Revisión de Medicamentos. Membresía SilverSneakers®: SilverSneakers® puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través del bienestar físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de bienestar físico a través de SilverSneakers en los centros participantes¹. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas². En las sucursales participantes de todo el país¹, puede tomar clases² y usar equipos de ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers también le conecta a una red de soporte y recursos virtuales a través de clases SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita para comenzar es su número de ID personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora del Este. Siempre consulte a su médico antes de comenzar un programa de ejercicios. 1. Las ubicaciones participantes (Participating Locations, "PL") no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliadas, ni son operadas por estas. El uso de instalaciones y servicios de la PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de la PL. Las instalaciones y los servicios varían según la PL. 2. La membresía incluye clases de bienestar físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers.	No hay coseguro, copago ni deducible para los Programas Living Well. No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de bienestar físico de SilverSneakers®.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Algunas ubicaciones ofrecen a los afiliados clases adicionales. Las clases varían según la ubicación SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Administración de la atención: Nuestros programas de administración de la atención pueden ayudarle a mantener su salud con afecciones crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y cáncer. Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana: Disponible los 7 días de la semana para responder sus preguntas médicas.	No hay coseguro, copago ni deducible para los programas de administración de la atención ni para la Línea de Asesoramiento de Enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Examen de audición 1 examen de audición de rutina por año Audífonos: Hasta dos audífonos (uno por oído cada 3 años). El beneficio se limita a audífonos del vademécum limitado de los principales fabricantes (el “Vademécum del DSNP”). Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-855-544-7163 para programar una cita (para TTY, marque 711). La compra de audífonos incluye: • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de audición cubiertos por Medicare. \$0 de copago por audífono para audífonos en el formulario de DSNP

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
80 baterías por audífono para modelos no recargables El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes: - Audífonos de venta libre (OTC) - Moldes de oído	
 Examen de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: - Un examen de selección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: - Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica en el hogar y solicitará que los servicios de atención médica en el hogar sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar impedido de salir de casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). - Terapia física, ocupacional y del habla - Servicios médicos y sociales. - Suministros y equipos médicos	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para la atención de una agencia de atención médica en el hogar cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Terapia de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios profesionales de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.
Atención de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no MVP DualAccess (HMO D-SNP). No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de consulta y atención de hospicio.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
- Atención de relevo a corto plazo - Atención en el hogar Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si elige permanecer en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará su proveedor de servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de atención de hospicio, su proveedor de atención de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ej., si existe un requisito de obtener autorización previa). - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido en virtud de Original Medicare.	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Para los servicios cubiertos por MVP DualAccess (HMO D-SNP) pero no cubiertos por las Partes A o B de Medicare: MVP DualAccess (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos tanto por hospicio como por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. Aviso: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Las vacunas requeridas para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios para pacientes internados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención hospitalaria para pacientes internados cubierta.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renal-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. • Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede elegir ir a nivel local siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si MVP DualAccess (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir trasplantes en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar usted u otra persona la sangre. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. Aviso: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se ha estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización - Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. - El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Excepto en caso de emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa de MVP. Los servicios adicionales pueden estar cubiertos de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.
Estancia como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estancia como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia como paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios médicos. - Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). - Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare durante una estancia como paciente internado no cubierta.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
• Vendajes quirúrgicos. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente • Terapia física, del habla y ocupacional Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	
Comidas Después del alta un hospital para pacientes internados, cubrimos hasta 14 comidas nutritivas durante un período de 7 días para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales y recuperarse. Las comidas se entregarán en su hogar y deben ser del proveedor que el plan aprobó. Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	Copago de \$0 para comidas entregadas a domicilio después del alta hospitalaria para pacientes internados.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare)	No hay coseguro, copago ni deducible para los afiliados elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.	
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para afiliados elegibles para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los afiliados de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o infunden mientras usted recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus	No hay coseguro, copago ni deducible para los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento - Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. - Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre - Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted misma el medicamento. - Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada - Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí - Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de este plazo, o como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
• Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen, Procrit, Retacrit, Epoetin Alfa, Aranesp, Darbepoetin Alfa, Mircera o Metoxi polietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) La terapia escalonada puede aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/prescription-drug-coverage. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	preventivo de detección de obesidad y la terapia.
Servicios de programas para el tratamiento por consumo de opiáceos Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios del programa de tratamiento con opiáceos.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), ECG y tomografías por emisión de positrones (TEP), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios y suministros terapéuticos y las pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Aviso: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento para pacientes internados sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados fármacos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP. Aviso: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia, terapeuta de pareja y familia con licencia, enfermera especializada, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios para trastorno por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios En los casos de abuso de sustancias o adicción, se brindarán servicios de diagnóstico, desintoxicación (eliminación de sustancias tóxicas) y rehabilitación ambulatoria.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Aviso: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será un paciente internado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.	No hay coseguro, copago ni deducible para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare que se realiza en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	
Cobertura complementaria de venta libre (OTC) Los artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta. Este plan cubre más de 1,000 artículos OTC, según lo permitido por Medicare. Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen los siguientes: • Pasta dental • Gotas para los ojos • Aerosol nasal • Vitaminas • Gotas para la tos • Analgésicos • Antiácidos • Artículos de primeros auxilios • Y más... Estas son las maneras de acceder a su beneficio: • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en comercios minoristas participantes • Por teléfono: llame a un asesor de Experiencia de los Afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), los siete días de la semana, los 365 días del año, de 8 a. m. a 8 p. m., EST. Seleccione los artículos del catálogo de OTC. Tenga a mano los nombres de sus productos, el número de tarjeta de beneficios de OTC y la información de entrega Las compras se limitan a los dólares de beneficio disponibles. Los montos no utilizados no se transferirán al siguiente mes o al siguiente año calendario.	Este plan cubre ciertos medicamentos aprobados, sin receta, de venta libre y artículos relacionados con la salud, hasta \$25 por mes. La asignación se recibe mensualmente. La asignación mensual se puede usar para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud elegibles en farmacias seleccionadas o mediante pedido por correo. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro. Los afiliados elegibles pueden combinar la asignación mensual con el beneficio de alimentos y productos agrícolas para afecciones crónicas y apoyos generales para la vida.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Todos los pedidos deben realizarse a través del proveedor aprobado del plan o deben comprarse en una tienda minorista participante. Es posible que ciertas marcas específicas no estén disponibles y que las cantidades sean limitadas o restringidas. Después de que el Plan haya pagado los beneficios de OTC, usted es responsable del costo restante. Llame a un asesor de Experiencia del Afiliado de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711) o al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP si tiene preguntas sobre este beneficio.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta profesional familiar y matrimonial (LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado,	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de médicos/profesionales médicos cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de telesalud.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos servicios de emergencia/posteriores a la estabilización, servicios de urgencia, sesiones individuales para servicios de salud mental y psiquiatría especializados y consulta nutricional. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para afiliados de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o de acceso crítico en un hospital, centro de diálisis renal o el hogar del afiliado • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras obtiene estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias.	

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: - No es un paciente nuevo y - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. - Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si cumple todas estas condiciones: - No es un paciente nuevo y - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y - la evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. - Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones de talón) - Cuidado de los pies de rutina para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
■ Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento al tratamiento farmacológico) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
■ Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, además de: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, afiliados artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas, consulte <i>Atención de la visión</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles. Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar y cardíaca están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar y cardíaca del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubiertos por Medicare.
 Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los afiliados elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los afiliados deben recibir una orden	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para esas visitas.	
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un proveedor de atención primaria los solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los afiliados con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando estén temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o no sea posible acceder a él) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) 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 los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla. Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad renal.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Atención en centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de “centro de enfermería especializada”, que suele denominarse SNF, por “Skilled Nursing Facility”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF • Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas proporcionados normalmente por los SNF • Servicios del médico/profesional En general, recibirá atención de un SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, usted puede pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF en el que su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted va a dejar el hospital Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.	No hay coseguro, copago ni deducible para la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare. Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga el 100% del costo por más de 100 días en un período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día de la admisión en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
 Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consuma tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los inscritos que califican para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas son elegibles para la tarjeta de beneficios flexibles de alimentos y productos agrícolas y apoyo general para la vida. La asignación se puede utilizar para la compra de alimentos y productos agrícolas a través del proveedor o tienda minorista que el plan aprobó o para pagos de servicios públicos para electricidad, agua, calefacción, Internet o teléfono. El monto de la asignación no se acumula de un mes a otro. Las maneras de acceder a su beneficio: • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios en comercios minoristas participantes. • Por teléfono: llame a un Asesor de experiencia de los afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY:	Este plan proporciona una asignación mensual de \$75 para alimentos y productos agrícolas, y/o apoyos generales para la vida. El monto de la asignación no se acumula 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 conviven con cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencias cardíacas crónicas, demencia, diabetes, trastornos pulmonares crónicos y afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. La elegibilidad para el beneficio puede identificarse en función de los datos de los

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
711), los siete días de la semana, 365 días del año, de 8:00 am a 8:00 pm. EST. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP.	proveedores o su evaluación de riesgos de salud. Además de un diagnóstico de afección crónica, se debe cumplir uno o más de los siguientes criterios para ser elegible para el beneficio. • Hospitalización(es) reciente definida como una admisión hospitalaria, una estadía en observación hospitalaria o una visita a la sala de emergencias dentro de los 6 meses anteriores. • Tener un riesgo alto o un riesgo cada vez mayor de hospitalización futura, según lo determinado por una evaluación del administrador de atención en función de los criterios clínicos. • Dos o más visitas al consultorio del proveedor relacionadas con la afección crónica en los últimos 12 meses. • Actualmente recibe servicios de atención médica a domicilio proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) La SET (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos: • Constar de sesiones que duran entre 30 y 60 minutos, y comprender un programa de ejercicios o entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicios supervisados cubierta por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Servicios de transporte (que no sean de emergencia) Este plan cubre el transporte (que no sea de emergencia) que no cubre Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Transporte que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan, como visitas al consultorio médico, farmacias y centros de diálisis. MVP ayuda a coordinar los traslados que son adecuados para sus necesidades de salud. Esto puede ser en forma de vehículo compartido, sedán médico, furgoneta con acceso para sillas de ruedas, furgoneta bariátrica con acceso para sillas de ruedas y transporte en camioneta. Los viajes deben programarse a través del proveedor aprobado del plan. Máximo de 24 viajes de ida o vuelta por año calendario. Límite de 30 millas por viaje. Este beneficio no debe utilizarse para situaciones de emergencia. Para traslados de emergencia: Consulte la sección Ambulancia. Estas son las maneras de acceder a su beneficio: • Por teléfono: llame a un Asesor de experiencia de los afiliados de Nations Benefits al (855) 996-4327 (TTY: 711), los siete días de la semana, 365 días del año, de 8:00 am a 8:00 pm. EST. • Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP para obtener detalles adicionales sobre cómo acceder a este beneficio (número y horas al dorso de este manual). El transporte adicional (que no sea de emergencia) puede estar cubierto de acuerdo con sus beneficios y pautas de Medicaid.	Usted paga \$0 por viaje de ida a un lugar aprobado por MVP.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra 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. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Tiene cobertura para la atención de urgencia en todo el mundo. Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.	No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de atención de urgencia.
 Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	No hay coseguro, copago ni deducible para exámenes de la visión, exámenes de detección de glaucoma o anteojos cubiertos por Medicare. Asignación de beneficios de \$175 por año calendario para anteojos y accesorios complementarios. Cualquier cantidad que pague por anteojos complementarios no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Anteojos: asignación de beneficio por año calendario para la compra de anteojos o lentes de contacto complementarios. Los anteojos y gafas de seguridad no recetados requeridos para el empleo no están cubiertos • La asignación complementaria para anteojos se aplica solo al valor minorista. Los descuentos de la tienda y las ofertas promocionales no se pueden combinar con la asignación para anteojos	
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y referidos para otra atención si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

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

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por nuestro plan solo bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca un aspecto simétrico.
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No están cubiertos bajo ninguna condición

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No están cubiertos bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No están cubiertos bajo ninguna condición
Entrega de comidas a domicilio	Comidas entregadas a domicilio cubiertas después de hospitalizaciones para pacientes internados. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos bajo ninguna condición
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético
Artículos de venta libre (OTC)	Consulte la sección de artículos de venta libre (OTC) en el cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No están cubiertos bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesaria.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No están cubiertos bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la espina vertebral para corregir una subluxación.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cuidado de los pies de rutina	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No están cubiertos 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?

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe Asistencia adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de Asistencia adicional, es posible que **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un inserto por separado, denominado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben asistencia adicional para pagar medicamentos con receta (también conocida como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS. (Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP están impresos en la contraportada de este manual.)

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, odontólogo u otro profesional que receta) que le emita una receta válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

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

- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de 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 medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

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 a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá encontrar una farmacia nueva en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios

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

de TTY deben llamar al 711) o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (Long-term Care, LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para Indígenas/Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, visite su *Directorio de farmacias* **mvphealthcare.com** o llame al Centro de Servicios a los Afiliados/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 determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con NM en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite: un suministro de **al menos 30 días del medicamento y un suministro de no más de 100 días**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para excluirse de las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente de CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

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

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de

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

medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

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

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan.

Consulte primero con el Centro de Servicios a los Afiliados/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.

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

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

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan**

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

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

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que:

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

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero se consideran fuera del vademécum para otras afecciones médicas. 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, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

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

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

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

Consulte al Capítulo 12 para acceder a las definiciones de los tipos de medicamentos 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 cubiertos para usted en virtud de sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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 se encuentra en uno de los niveles de costos compartidos 1, 2, 3, 4, 5 y 6. En general, cuanto más alto sea el nivel de los costos compartidos, más alto será su costo del medicamento.

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Incluye medicamentos genéricos seleccionados utilizados para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca.

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

Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.

- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Incluye todos los demás medicamentos de marca y genéricos en nuestro Formulario.
- Nivel 5 - Medicamentos especializados: Incluye medicamentos genéricos y de marca especializados de alto costo. Este es el nivel de costo compartido más alto
- Nivel 6: Medicamentos de atención selecta: incluye medicamentos genéricos de atención selecta de \$0 para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del 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 averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no está en la lista, visite nuestro sitio web o llame al Centro de Servicios a los Afiliados/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 en el sitio web es siempre la más actualizada
- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar 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 a Centro de Servicios a los Afiliados/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 un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura**

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarle a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las maneras más efectivas. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/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 desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**Probar primero un fármaco diferente**

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Centro de Servicios a los Afiliados/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 de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué 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:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O es posible que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.

El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura.

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

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**Es posible que pueda obtener un suministro temporal**

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si usted es un afiliado nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro de medicamentos de hasta un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos afiliados que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos que la receta sea para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote ese suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**Opción 2. Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar la excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual**

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicárselos más adelante, incluso si usted toma el medicamento que retiramos o al que hacemos cambios. Si está tomando el medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le diremos acerca de los cambios específicos que hicimos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferirlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**• Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

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

Cambios en la “Lista de medicamentos” que no lo afectan durante este año del plan

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

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

- Si ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que usted toma (excepto para un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza uno de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D**SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

Estas son tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *fuera de la indicación aprobada* de un medicamento cuando dicho uso no está avalado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de la indicación aprobada* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en su etiqueta, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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 por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con la agencia estatal de Medicaid que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 Medicaid para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su cobertura de Medicaid.

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

Medicamentos usados para promover la fertilidad

Medicamentos usados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado

Medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello

Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor

Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso

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

Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante exige que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren únicamente al fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia deben llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedir a la farmacia que busque la información de la inscripción en su plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire**. Luego, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deja el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando cumplan con todas nuestras 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)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el Directorio de farmacias, mvphealthcare.com, para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de

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

MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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 el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Pueden ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere medicamentos determinados (p. ej., para las náuseas, laxantes, un medicamento para el dolor o para la ansiedad) que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor del centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan

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

pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o al profesional que receta que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

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

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

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

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

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

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

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 usan inadecuadamente con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opiáceos que recibe de varios médicos que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos que le recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos

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

que le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta podría no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos **opiáceos o benzodiacepinas** en una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de un determinado médico que receta.
- Limitar la cantidad de **medicamentos opioides con benzodiacepina** que cubriremos para usted

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

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

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 denomina Programa de Administración de Terapia de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros afiliados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos afiliados que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarlos a utilizar los opiáceos de forma segura, pueden obtener los servicios de un

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

programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los afiliados en el programa MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos. Si tiene preguntas sobre esta carta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/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

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

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (mvphealthcare.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Asistencia adicional con los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D?

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe Asistencia adicional de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que usted se encuentra en el programa de Asistencia adicional, es posible que **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un inserto por separado, denominado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben asistencia adicional para pagar medicamentos con receta (también conocida como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

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

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

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a 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 del medicamento que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo

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

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de Deducible
 - Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como afiliado de un plan de medicamentos Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de Asistencia adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el sida, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

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

Pasar a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- 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 de salud 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 pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento para fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las que se mencionan arriba paga una parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando

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

esta cantidad alcance los \$2,100, 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 (HMO D-SNP)

Hay 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos en virtud de MVP DualAccess (HMO D-SNP). La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surte un medicamento con receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica**

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que realiza cuando surte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es el monto 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 para sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

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

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

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a garantizar que estemos al tanto de las recetas que surte y lo que 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 que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

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

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hagan por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible

La mayoría de nuestros afiliados reciben Asistencia adicional con sus costos de medicamentos con receta, por lo que la Etapa de Deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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

Si no recibe Asistencia Adicional, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. 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 \$615 por los medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado menores costos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de suministro para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5, abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo surta

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

El plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos:** Incluye medicamentos genéricos seleccionados utilizados para tratar afecciones crónicas en el nivel de costo compartido más bajo.
- **Nivel 2 – Medicamentos genéricos:** Incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Vademécum.
- **Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.
- **Nivel 4 – Medicamentos no preferidos:** Incluye todos los demás medicamentos de marca y genéricos en nuestro Vademécum.
- **Nivel 5 – Medicamentos especializados:** Incluye medicamentos genéricos y de marca especializados de alto costo. Este es el nivel de costo compartido más alto.
- **Nivel 6: Medicamentos de atención selecta:** incluye medicamentos genéricos de atención selecta de \$0 para tratar afecciones como diabetes, presión arterial alta y colesterol alto.

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias en mvphealthcare.com*.

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

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

La cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento.

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

Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido o minorista estándar (dentro de la red) (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de pedido por correo (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de atención a largo plazo (LTC) (Suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (Suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.60 de copago o \$5.10 de copago			

Nivel	Costo compartido o minorista estándar (dentro de la red) (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de pedido por correo (Suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de atención a largo plazo (LTC) (Suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). (Suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 de costos compartidos Medicamentos genéricos	Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente: - \$0 de copago o \$4.90 de copago o \$12.65 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.			
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.			
Nivel 4 de costos compartidos De marca no preferida				
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)				
Nivel 6 de costos compartidos Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$0 de copago.			

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

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 los costos compartidos 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

Generalmente, el monto que usted paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen solicitar un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que obtiene, en lugar de por todo el mes. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que obtiene.

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 denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días para medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6 y un suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 5.

Commented [KD1]: Updated to read 100 days for Tiers 1 and 6
And 90 days for Tiers 2-5

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo
	Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1 y Nivel 6	Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1 y Nivel 6
Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo
	Suministro de hasta 90 días para los Niveles 1 a 5	Suministro de hasta 90 días para los Niveles 1 a 5
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.60 de copago o \$5.10 de copago	Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga lo siguiente: \$0 de copago o \$1.60 de copago o \$5.10 de copago
Nivel 2 de costos compartidos Medicamentos genéricos		
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente: - \$0 de copago o \$4.90 de copago o \$12.65 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.	Para todos los demás medicamentos, usted paga lo siguiente: - \$0 de copago o \$4.90 de copago o \$12.65 de copago por receta, incluido cada producto de insulina cubierto en estos niveles.
Nivel 4 de costos compartidos De marca no preferida		
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.
Nivel 6 de costos compartidos Medicamentos de atención selecta	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.

Commented [KD2]: Updated to show Tiers 1 & 6 100 days
2-5 90 days

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

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 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas.

La EOB de la Parte D que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted, el plan, así como cualquier tercero, en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Refiérase a la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situación catastrófica

Si alcanza la Etapa de cobertura en situación catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.

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

- La segunda parte es por el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, esto se denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y estas no tienen costo para usted.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico
-

3. Quién le administra la vacuna

- Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentra.

- Cuando recibe una vacuna, podría tener que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. 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 reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Dependiendo de dónde viva podría tener esta opción. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen determinadas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

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

- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia el coseguro O copago correspondiente por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos

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

- Cuando recibe una vacuna, tal vez deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- 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 recibe Asistencia adicional, le reembolsaremos esta diferencia)

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, tal vez deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- 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 la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos: usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

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

También 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 parte del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le devuelva o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesitada con urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o necesitados con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que hizo.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos que los cargos del proveedor por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba en virtud del plan.

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

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

Si estaba inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó como desembolso personal cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso sucede, tiene que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaría en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

medicamento Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamo dentro del plazo de 1 año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarnos de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Para garantizar el procesamiento rápido de su reclamo, las facturas enviadas deben incluir lo siguiente (comuníquese con su proveedor para obtener información adicional):
 - El nombre y la dirección (en papel con membrete) del proveedor del servicio o suministro (p. ej., médico u hospital), incluidos el Número de Identificación Impositiva y el Número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI)
 - El nombre completo y el número de identificación del plan de salud del paciente. o Códigos de HCPCS o CPT para el tipo de servicio prestado (p. ej., visita al consultorio, radiografía de tórax).
 - Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes internados o ambulatorios, consultorio) o fecha y cargo por cada servicio o suministro proporcionado.
 - Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (International Classification of Diseases, Clinical Modification, ICD-CM) para la afección médica por la cual el paciente fue tratado (p. ej., examen de rutina, tos, hipertensión)

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si otra compañía de seguros ha hecho un pago por este servicio, se debe presentar una explicación de los beneficios de esa compañía junto con el reclamo.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (mvphealthcare.com) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Para reclamos médicos:

MVP Health Care

P.O. Box 2207

Schenectady, NY 12301

Para reclamos de medicamentos con receta:

CVS Caremark

P.O. Box 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

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 alternos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellos con competencia limitada en inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuito disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternos sin costo si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP a **1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede 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 afiliados 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 afiliados. Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

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

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga referidos para ir a proveedores de la red.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando usted necesite esa atención. Usted también tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se le explica qué puede hacer.

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información para la salud personal. Protegemos su información para la salud personal según lo exigen estas leyes.

Su información para la salud personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información para la salud.

Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada *Notificación de práctica de privacidad*, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información para la salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información para la salud?

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información para la salud a cualquier persona que no esté proporcionando su atención o pagando por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero*.

Existen ciertas excepciones que no nos exigen obtener primero su permiso por escrito.

Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.

- Estamos obligados a divulgar información para la salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información para la salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica exclusivamente no se divulgue.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a ver sus expedientes médicos que se conservan en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus expedientes médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información para la salud con otras personas para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información para la salud personal, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/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 (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al cliente de MVP 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. Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red

Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura. Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos 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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

Conocer todas sus opciones. Usted tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos y a usar medicamentos de manera segura.

Conocer los riesgos. Tiene derecho a que se le informe acerca de cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si cualquier tratamiento o atención médica propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental

El derecho a decir “no”. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se retire. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le sucede al cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si desea*, puede hacer lo siguiente:

Completar un formulario por escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.

Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento en vida** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

Obtenga un formulario. Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede contactar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-665-7924** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Complete el formulario y fírmelo. Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.

Entregue copias del formulario a las personas adecuadas. Dele una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que podrá tomar decisiones por usted si no puede hacerlo. Es posible que también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que será hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.

Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su decisión (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De conformidad con la ley, nadie puede negarle su atención ni discriminarle en función de si firmó o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, 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, inquietud o reclamación y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Independientemente de lo que haga: solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa.**

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, 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 a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda de las siguientes instituciones para lidiar con el problema que está teniendo:

- **Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su 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 a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501
- Comuníquese con Medicare:
 - Visite 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

Las cosas que debe hacer como afiliado de nuestro plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos. Use esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre los servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos. El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.

Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarle brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los fármacos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.

Sea considerado. Esperamos que nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios funcionen sin problemas.

Pague lo que adeuda. Como afiliado del plan, usted es responsable de estos pagos:

- Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo afiliado de nuestro plan.
- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.

Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y para saber cómo comunicarnos con usted.

- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquelo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende de 2 cosas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado quejas.

Medicare ha aprobado ambos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. 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 usar para obtener la ayuda y la información correctas, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una reclamación sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

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

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- 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 www.Medicare.gov.

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

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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.
- 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 Qué proceso utilizar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o Medicaid, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

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

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

Vaya a la Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.

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

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

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Vaya a la **Sección 5, Una guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Vaya a 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 de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre los aspectos básicos de 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 las cosas, generalmente nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelación para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

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

Solicitar decisiones de 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 para su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no 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, se puede rechazar una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se puede rechazar una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede pedir una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Cuando completamos la revisión, le informamos de nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se puede rechazar una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre,

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

pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para la atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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 puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en mvphealthcare.com. Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre.

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

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede pedir una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle 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 a los Afiliados 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en mvphealthcare.com.) Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de referidos. 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 fecha límite para diferentes situaciones

Existen 4 diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para 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

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

- Sección 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (Se aplica solo a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda de su 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 cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que estuvo recibiendo y que previamente aprobamos se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Aviso: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un

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

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: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 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, 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 utiliza los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar sus funciones.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con estas características:

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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de 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 normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en el plazo de las 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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 del proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre quejas, vaya a la Sección 11 de este capítulo)

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento 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 tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

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

Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 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: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre cobertura para atención, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida y figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para pedir una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

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

- Cuando 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.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Fechas límite para una apelación rápida***

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo que pidió**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento 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 informaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su afección médica.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento 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. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si la respuesta de nuestro plan es negativa a una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE** (Independent Review Entity).

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

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de caso.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibida su apelación
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** La organización de revisión independiente

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

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 recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, 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 su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la organización de revisión independiente acepta 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**, tenemos **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, tenemos 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una 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 atención médica que está solicitando 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.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su 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 apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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 o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura

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

- **Si decimos que 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 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

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

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o si usted no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos por la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor 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 cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Refiérase al Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Con fines de simplificación, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de *repetir medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto o medicamento de la Parte D* cada vez. También usamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

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

- Si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse según lo escrito, la farmacia le entregará una notificación por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**Términos legales:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitando que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar el pago de una cantidad de costo compartido más baja para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitando la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar 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 al formulario**.

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

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.

Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costos compartidos que se aplica a ese medicamento. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto. El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.**3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.**

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a una cantidad de costo compartido más baja. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**Su médico debe informarnos los motivos médicos**

Su médico u otro profesional que receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que está pidiendo una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos típicamente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el fármaco que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el/los nivel(es) de costo compartido más bajo(s) no funcionen tan bien para usted o sea posible que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos proporcionar una respuesta afirmativa o negativa con respecto a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Términos legales:**

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

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** posteriores a 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 demos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con estas características:
 - Que explique que usaremos los plazos estándares.
 - Que explique que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de recibida.

Paso 2: Pida una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para pedirnos 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*, los que están disponibles 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.

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

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, 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 bien, su médico u otro profesional que receta puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo postal una declaración por escrito, si es necesario

Paso 3: Analizamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura rápida***

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Generalmente, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- 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 diremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Efectuar 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 denomina **redeterminación acelerada**.

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si es necesario debido a su estado de salud, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida y figuran en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-800-665-7924.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para pedir 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. Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión

Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario posteriores** a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así nos lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar 7 días calendario después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE** (Independent Review Entity).

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito.
- 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 entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de caso.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si es necesario debido a su estado de salud, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta proporcionarle una apelación rápida, esta organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión 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 solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2** en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.***Para apelaciones rápidas:***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

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

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **mantener la decisión**. También se denomina **denegar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita 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 con los requisitos, usted elige si desea continuar con su 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 explica Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto**

Cuando se le ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar tras el alta.

- El día en que dejará el hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo dirán
- Si considera que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia más prolongada en el hospital y su solicitud se analizará.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a la admisión en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada *Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP 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 detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una

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

manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso
- Firmar la notificación *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar la notificación no significa que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación 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 su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado para que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP 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 También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con las fechas límite**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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 obtener ayuda personalizada. En el Estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia Sobre Información de Seguro de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP). La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta hospitalaria de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y, **a más tardar, a la medianoche del día del alta hospitalaria.**
 - **Si cumple con esta fecha límite,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, es posible que *deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada
- Una vez que pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso Detallado de Alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del Aviso Detallado de Alta llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP 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). O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Esta notificación también le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha

Paso 3: En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la organización de revisión independiente dice que sí, debemos seguir proporcionando los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo en que estos servicios sean médicamente necesarios.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente deniega, eso 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 *después* de 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 usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

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

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a examinar su decisión en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

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

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

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**Si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa:**

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención en el hospital para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Si la organización de revisión independiente da una respuesta negativa:***

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, debe 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando está recibiendo **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos** de pagar la parte que nos corresponde del costo *de su atención*.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura**Términos legales:**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede pedir una **apelación de vía rápida**. Pedir una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

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

1. **Recibe una notificación por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedimos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. Firmarla no significa que esté de acuerdo con la decisión 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 desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla con las fechas límite**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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 obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión acelerada. Debe actuar con rapidez.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**¿Cómo puede comunicarse con esta organización?**

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

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, le quedan aún derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de No Cobertura de Medicare. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

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

Términos legales:

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcionó.
- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá la *Explicación Detallada de No Cobertura* de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: En el plazo de un día completo después de disponer de toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir proporcionando su servicio cubierto durante el tiempo en que sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores rechazan su apelación, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.
- Si decide continuar recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finalice su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que su cobertura de atención haya finalizado, puede presentar una apelación del Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a examinar la decisión en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría.

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

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

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión independiente da una respuesta afirmativa?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente da una respuesta negativa?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que hace 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 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes****Sección 10.1 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser la correcta para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico objeto de la apelación alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede volver a apelar. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado de arbitraje.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con sus documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Apelación de Nivel 4**

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

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a la apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la correcta para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento objeto de la apelación alcanza ciertos montos mínimos, es posible que pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es

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

menor, no puede volver a apelar. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.**
Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.**
Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado

- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que recibirá le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o rechazará* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Formulación de quejas

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se gestionan mediante el proceso de quejas?

El proceso de formulación de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y servicio al cliente. Los siguientes son algunos ejemplos de los tipos de problemas gestionados a través del proceso de formulación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de la privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?
Falta de respeto, un servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿Está disconforme con nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP? • ¿Siente que se lo alienta a abandonar nuesro plan?

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

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado? ¿Por nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP o algún otro miembro del personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede formular una queja por nuestra lentitud. Los siguientes son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la rechazamos, puede formular una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede formular una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede formular una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede formular una queja.

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 11.2 Cómo presentar una queja****Términos legales:**

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Formular una queja también se denomina **presentar una queja formal**.

Utilizar el proceso para quejas se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal**.

Una **queja rápida** también se denomina una **queja formal acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Centro de Servicios a los Afiliados/Atención al Cliente de MVP al 1-866-954-1872 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP se lo informará
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede escribir su queja y enviárnosla.** Si formula su queja por escrito, la responderemos por escrito.
- Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que figura en el Capítulo 2. Intentaremos resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito o presenta una queja formal 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, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. Lo denominamos procedimiento de queja.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si presenta una queja por teléfono, es posible que le respondamos en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si formula una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o de una apelación rápida, le otorgaremos una queja rápida de manera**

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

automática. Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o con la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema por el cual reclama, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede formular su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Puede formular su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

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

Problemas referidos a sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicaid

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

Puede presentar una queja sobre MVP DualAccess (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

En el caso de problemas de atención médica gestionada por Medicaid, también tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja. Comuníquese con el Departamento de Salud por estos medios:

- Teléfono: 1-800-206-8125
 - Correo postal: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPKO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en MVP DualAccess (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque decide que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5, se le informa sobre situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted continuará pagando su parte de los costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

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

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

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos acreditable por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid; al Programa Estatal de Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. para obtener información sobre las opciones de su plan de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de Inscripción Abierta**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

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

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de medicamentos y de salud y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período 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 cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos 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 plan.

Si 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 por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

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

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede efectuar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage cada año**.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.º mes de adquisición del derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse 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 período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare a la misma vez.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, usted puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, **puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial**. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid de Nueva York
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos el contrato que tenemos con usted

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
- **Aviso:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de Inscripción Especial. En la Sección 10 del Capítulo 5, se le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
- **Aviso:** En la Sección 2.1, se le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos. Puede elegir entre lo siguiente:

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

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura de medicamentos: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que solicite cambiar nuestro plan.

Aviso: En las Secciones 2.1 y 2.2, hay más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Asistencia Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Busque la información en el manual *Medicare y Usted 2026*.
- 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

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

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscribise en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información para hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en MVP DualAccess (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Programa Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Puede encontrar información de contacto adicional en la Sección 6 del Capítulo 2. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid del Estado de Nueva York.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 MVP DualAccess (HMO D-SNP) debe finalizar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

MVP DualAccess (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si se encuentra dentro del período de 3 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de que nos enteremos de su pérdida de elegibilidad y se lo comuniquemos. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos por los cuales el estado sería responsable de otro modo si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. La cantidad que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

aumentar durante este período. Si al final del período de gracia de tres (3) meses usted no ha recuperado Medicaid y no se ha inscrito en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se le volverá a inscribir en Original Medicare.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o a donde viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si le detienen (va a prisión)
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindar atención médica para usted y otros afiliados de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas de nuestro plan durante 3 meses calendario
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 3 meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de que finalicemos su membresía.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

MVP DualAccess (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a formular una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

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

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma que se aplican por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como, por ejemplo, un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Centro de Servicios a los Afiliados 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 los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las regulaciones de los CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, MVP DualAccess (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce en virtud de las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

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

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto del costo compartido permitido por nuestro plan. Como afiliado de MVP DualAccess (HMO D-SNP), solo tiene que pagar las cantidades del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o le cobren de otro modo más que el monto del costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

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

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

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca: un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situación catastrófica: la etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, nuestro plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

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

Plan de necesidades especiales de atención crónica: Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para formular una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

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

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un afiliado tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan

Capítulo 12 Definiciones

pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de los costos compartidos, más alto será su costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por 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: término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un asilo de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, brindada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas oftálmicas. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costos compartidos: puede aplicarse una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro para un

Capítulo 12 Definiciones

mes de nuestro plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costos compartidos es \$1 por día.

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

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

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y 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. Entre los ejemplos, se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción a la lista de medicamentos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede pedir una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos el criterio de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

Asistencia Adicional: Un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Queja formal: un tipo de queja que usted formula sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistente de atención médica en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un miembro del personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Hospice: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un afiliado que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia como paciente internado en un hospital: una estancia en un hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.

Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informa en su declaración de impuestos del Servicio Interno de Impuestos (IRS) de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y una Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos, también denominada IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5%

Capítulo 12 Definiciones

de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

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

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

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

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, 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) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (Institutional-equivalent SNPs, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNPs, HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNPs, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente institucional (Institutional Equivalent

Special Needs Plan, 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 porque cumple con 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): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): vaya a Ayuda Adicional.

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

Capítulo 12 Definiciones

Precio justo máximo – El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Cantidad máxima de desembolso personal: la cantidad máxima de gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que usted paga por las primas de nuestro plan, la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no cuentan hacia la cantidad del gasto de bolsillo máximo. *Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ninguna cantidad de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: debido a que nuestros afiliados también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan este gasto de bolsillo máximo).*

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente aquellas personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: el período desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los afiliados a un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage, o bien obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO),

Capítulo 12 Definiciones

iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage; también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de administración de terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) – Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se proporciona a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Afiliado (afiliado a nuestro plan o afiliado del plan): una persona que cuenta con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

El Centro de Servicios a los Afiliados de MVP: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones.

Capítulo 12 Definiciones

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los afiliados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de Inscripción Abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

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

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y Usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) están disponibles en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedores fuera de la red o centros fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para la coordinación o la prestación de servicios cubiertos a los

Capítulo 12 Definiciones

afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad de nuestro plan ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: vaya a la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos de un afiliado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos de bolsillo del afiliado.

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

Plan de PACE: un plan de PACE (Programas de Atención Integral para Ancianos) combina servicios médicos y sociales y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: vaya al Plan Medicare Advantage (MA).

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

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto agregado a la prima mensual de su 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 de medicamentos estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del afiliado generalmente serán mayores cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12 Definiciones

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

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de cuidado primario (PCP): el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos sobre la base de criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

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

Referido: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen servicios de rehabilitación en hospital, terapia física (ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados en forma continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo las puede administrar un médico o personal de enfermería registrado.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haberle recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el seguro social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP DualAccess (HMO D-SNP)

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

Método	Centro de Servicios a los Afiliados 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 Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP)** es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

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



Declaración de divulgación de PRA De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.