



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

Evidencia de Cobertura:

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

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados y de atención médica de Medicare desde el 1.o de enero hasta el 31 de diciembre de 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 Atención al Cliente de MVP Medicare al 1-800-665-7924. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Llámenos los siete días a la semana, de 8 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. Esta llamada es gratuita.

Este plan, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), es ofrecido por MVP HEALTH PLAN, INC. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a MVP HEALTH PLAN, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información está disponible en un formato distinto, incluidos Braille y en letra grande.

Según la norma final CMS-4205-F publicada el 4 de abril de 2024, secciones 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proporcionar un Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares que, como mínimo, establezca que nuestro plan proporciona servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Índice

adecuados sin cargo. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, como mínimo, en los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados correspondientes dentro del área de servicio de nuestro plan, y debe ofrecer el aviso en formatos alternos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.

Los beneficios, las primas y los copagos/coseguros pueden 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 cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Y0051_0552_C

Índice**Evidencia de cobertura 2026****Índice**

CAPÍTULO 1: Introducción como afiliado	7
SECCIÓN 1 Es afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).....	7
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía	9
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes.....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	17
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	20
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	21
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	23
SECCIÓN 1 Contactos de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).....	23
SECCIÓN 2 Reciba ayuda de Medicare	27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)	28
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO).....	29
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	31
SECCIÓN 6 Medicaid.....	31
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos con receta	32
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB).....	36
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	36
CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos	38
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como afiliado de nuestro plan.....	38
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red y fuera de la red para recibir atención médica.....	39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	44

Índice

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	47
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....	48
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una institución religiosa de atención de la salud no médica.....	50
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos	51
CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted).....		53
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos.....	53
SECCIÓN 2	El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos.....	56
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	105
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D.....		109
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	109
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	110
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan.....	113
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	116
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera?	118
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	120
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	123
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	124
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	125
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	127
CAPÍTULO 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D		130
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	130

Índice

SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).....	132
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	133
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible.....	135
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial.....	135
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situación catastrófica.....	140
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D	140
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		143
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	143
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió.....	146
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos	147
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		149
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural.....	149
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como afiliado de nuestro plan.....	155
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....		157
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud.....	157
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	157
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema.....	158
SECCIÓN 4	Una guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones	159
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	162
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	171
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto	182

Índice

SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto	188
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	192
SECCIÓN 10	Cómo formular una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	195
CAPÍTULO 10: Finalización de su membresía en el plan.....		199
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan.....	199
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	199
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	202
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	203
SECCIÓN 5	MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	203
CAPÍTULO 11: Avisos legales		205
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	205
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	205
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	206
CAPÍTULO 12: Definiciones		207

CAPÍTULO 1:

Introducción como afiliado

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

Sección 1.1 Usted está inscrito en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), que es una PPO de Medicare

Está cubierto por Medicare y eligió recibir su cobertura de medicamentos y de salud de Medicare a través de nuestro plan, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan son diferentes a los de Original Medicare.

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, esta PPO de Medicare está aprobada por Medicare y es administrada por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscrito en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) 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) debe aprobar MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de

Capítulo 1: Introducción como afiliado

Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve su 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
- Reside en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas que se encuentran en prisión no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si están físicamente dentro de ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en el país.

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

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo afiliado de nuestro plan, debe continuar residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nueva York:

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

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 al 1-800-665-7924. (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

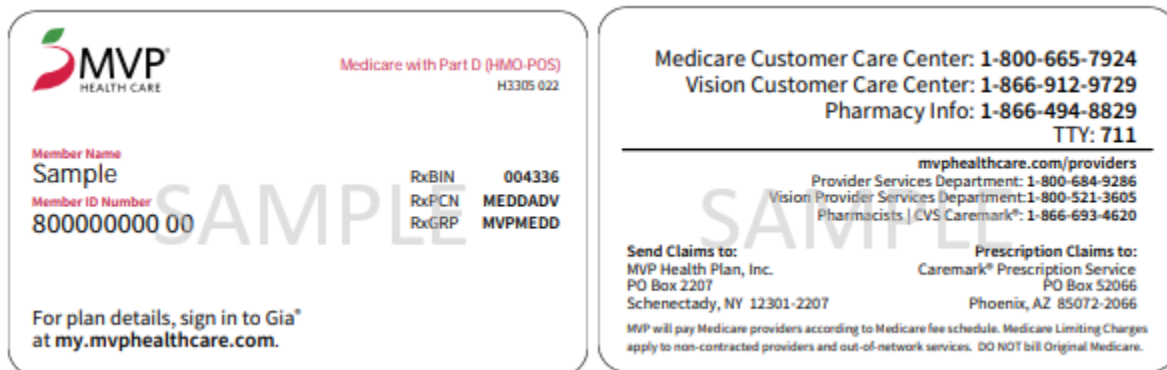
Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 1: Introducción como afiliado**Sección 2.3 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) notificará a MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado sobre esta base. MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

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 mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de afiliado del plan:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de 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 se la roban, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924. (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* mvphealthcare.com/findadoctor enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como afiliado a nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 para obtener información más específica.

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

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

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

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El *directorio de farmacias* enumera 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. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

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

Capítulo 1: Introducción como afiliado**Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)**

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

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

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros afiliados. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no estén incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite mvphealthcare.com o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al at 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	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.	\$15
Cantidad máxima de desembolso personal Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	De proveedores de la red: \$9,250 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$13,900

Capítulo 1: Introducción como afiliado

	Sus costos en 2026
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$55 de copago por visita
Estadías en el hospital para pacientes internados	\$445 por día para los días 1 a 5
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener detalles, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$615 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la parte D para adultos.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

	Sus costos en 2026
<p>Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).</p>	<p>Copago/Coseguro según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago</p> <p>Nivel 2 de medicamentos: \$2 de copago</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: 16% de coseguro</p> <p>Nivel 4 de medicamentos: 25% de coseguro</p> <p>Nivel 5 de medicamentos: 25% de coseguro</p> <p>Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.</p>

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 como afiliado

Sección 4.1 Prima del plan

Como afiliado de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, el monto de la prima mensual para MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es de \$15.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menos

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

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2026*, la sección denominada *Costos de Medicare 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare en (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si ya recibe ayuda de uno de esos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura tal vez no se aplique a su caso**. Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben "Asistencia adicional" para pagar medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos afiliados deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en 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 recetados acreditable. Una cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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.

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

No tendrá que pagarla si:

- Recibe “Asistencia Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
 - Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
 - Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
- **Aviso:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Aviso:** Las siguientes *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. 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, esta cantidad promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$38.99, lo que equivale a \$5.46. Esto se redondea a \$5.50.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

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

Sección 4.4 Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). 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. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague normalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la

Capítulo 1: Introducción como afiliado

cantidad adicional adeudada. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto 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

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay 4 formas en las que puede pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pago con cheque

Puede elegir pagar la prima mensual del plan con cheque o giro postal directamente a MVP. Los pagos deben enviarse por correo a la dirección que figura en nuestro estado de facturación. Los cheques deben hacerse pagaderos a MVP Health Care y deben recibirse antes del primer día del mes. Si su cheque es devuelto por fondos insuficientes, MVP le informará en una carta y agregará un cargo de \$40.00 por incidente a su saldo adeudado. Si el problema

Capítulo 1: Introducción como afiliado

continúa, MVP solicitará todos los pagos futuros en forma de giros postales o cheques bancarios certificados.

Opción 2: Puede pagar a través de nuestro Centro de Pagos en línea

Puede elegir pagar la prima mensual de su plan mediante débito directo de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito a través de nuestro Centro de Pagos en línea. Puede realizar un pago único o configurar pagos recurrentes. Para utilizar el Centro de Pagos, visite mvphealthcare.com e INICIE SESIÓN para acceder a su cuenta en línea. Si es un usuario por primera vez, deberá REGISTRARSE para obtener una cuenta en línea. Seleccione Centro de Pagos en Su Plan para configurar su preferencia de pago y pagar su factura. La opción de pago recurrente debitará automáticamente de su cuenta bancaria o efectuará un cargo a su tarjeta de crédito el primer día hábil de cada mes. La cantidad adeudada por su prima recurrente se basa en su prima adeudada al día 29 del mes. Si hay un problema con su cuenta, como fondos insuficientes, MVP le informará en una carta y agregará a su saldo adeudado un cargo de \$20 por incidente. Si recibe una nueva tarjeta de crédito o débito, inicie sesión en su cuenta en línea de MVP y actualice el número de tarjeta y la fecha de vencimiento.

Opción 3: Puede pagar por teléfono

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

Opción 4: Que se deduzca la prima de su plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la opción por la que paga la prima de su plan, la entrada en vigor de su nuevo método de pago puede llevar hasta 3 meses. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para solicitar un cambio. El número de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare se encuentra en el reverso de este manual.

Si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan vence en nuestra oficina el 1^{er} día del mes. Si no hemos recibido su pago para el 1^{er} día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que su membresía en el plan finalizará si no recibimos la prima de su plan dentro de los 90 días. Si debe una multa por

Capítulo 1: Introducción como afiliado

inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos

Si tiene dificultades para pagar puntualmente la prima de su plan, en caso de adeudarla, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY llaman al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque usted no pagó la prima de su plan, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Posiblemente no podrá recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción abierta. (Si se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

Al momento de finalizar su membresía, es posible que todavía nos deba el pago de la prima del plan. Tenemos el derecho de cobrar el monto que usted Y/O Si desea afiliarse nuevamente a nuestro plan (o a otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar el monto que adeuda antes de poder afiliarse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control que le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al **1-800-665-7924**, de lunes a viernes, de 8 am a 4 pm, hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 La 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 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, Ayuda adicional paga parte de sus primas mensuales del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual del plan completa. Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus 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 participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (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).

Capítulo 1: Introducción como afiliado

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura de medicamentos o médica que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de medicamentos o médica que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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.

Capítulo 1: Introducción como afiliado

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, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

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

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de afiliado, llame o escriba al Centro de Servicios a los Afiliados de *MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)* al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Estaremos felices de poder ayudarlo.

Centro de Servicios a los Afiliados – Información de contacto

Llame	<p>1-800-665-7924</p> <p>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.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de 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.</p>
Fax	1-585-327-2298
Escriba a	MVP Health Care – Medicare Customer Care Center 20 S. Clinton Ave

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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 decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones relacionadas con su atención médica o con los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

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

Llame	1-800-665-7924 Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de 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.
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.
Fax	1-585-327-2298
Escriba a	MVP Health Care – Medicare Customer Care Center 20 S. Clinton Ave Rochester, NY 14604
Sitio web	mvphealthcare.com

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

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

Reclamaciones sobre la atención médica: Información de contacto

Llame	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de 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.</p>
TTY	<p>Marque 711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de 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.</p>
Escriba a	<p>MVP Health Care – Member Appeals Department PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>
Sitio web de Medicare	<p>Para presentar una queja sobre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) directamente ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que recibí**

Si ha recibido una factura o pagado servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 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 - Reclamaciones de la Parte C - Información de contacto

Llame	1-800-665-7924 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.
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 PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301
Sitio web	mvphealthcare.com

Solicitudes de pago - Reclamaciones 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, los 365 días del año.
TTY	Marque 711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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, los 365 días del año.
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).

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.

Medicare – información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que brindan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- 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 que brindan los planes, asilos de ancianos, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica en el hogar, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidados 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).

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.

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.

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, 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, a presentar reclamaciones sobre su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HIICAP también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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 que figura arriba para encontrar la dirección de su asesor local de HIICAP.
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 (Quality Improvement Organization, 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:

- 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
--------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en

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

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes tienen que pagar 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 informar dichos cambios.

Seguro Social: Información de contacto

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** son:

- **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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

(como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

- **Beneficiario Específico de Medicare con Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con calificación Beneficiario Específico con Bajos Ingresos (SLMB) también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (Qualifying Individual, QI):** Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Programa Medicaid del Estado de Nueva York: información de contacto

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

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

El sitio web de Medicare (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

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda Adicional también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la Ayuda Adicional, Medicare le enviará una carta morada por correo para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional:

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

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Envíe una carta a MVP Health Care, MVP Medicare Customer Care Center, 20 S. Clinton Avenue, Rochester, NY 14604, en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Asistencia 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 cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o como crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe un monto, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

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 de VIH para no Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-542-2437.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Albany, NY 12212-5018
Sitio web	www.health.ny.gov/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 y puede ayudarle a administrar los costos 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.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escriba a	MVP Health Care 625 State Street Schenectady, NY 12305
Sitio web	mvphealthcare.com/RxPrescriptionPlan

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación 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.

Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB): 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 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm 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

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o jubilado (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados están impresos en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el uso de nuestro plan para obtener su atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte el Cuadro 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 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 sea cubierta por nuestro plan

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

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del 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 recibe su atención de un proveedor que es elegible para prestar servicios bajo Original Medicare.** Como afiliado de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (consulte la Sección 2 para obtener más información).
 - Los proveedores de nuestra red se enumeran en el Directorio de proveedores **mvphhealthcare.com/findadoctor**.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor.
 - Aviso: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red y fuera de la red para recibir atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y supervise su atención médica

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

Cuando se convierte en afiliado a 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

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

familiar, medicina interna, medicina general, medicina geriátrica y obstetricia/ginecología pueden actuar como PCP.

La función de su PCP incluye la administración de su atención médica general. El PCP hace esto mediante visitas regulares y la coordinación de consultas a especialistas. Su PCP también le ayudará a planificar los servicios de atención médica continuados luego de una hospitalización, cirugía, emergencia, atención urgente y otros servicios que requieren atención de seguimiento.

Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención, incluidos los servicios preventivos y de rutina. Su PCP también coordinará otros servicios que reciba, incluidas las derivaciones a otros especialistas según sea necesario, la solicitud de pruebas y procedimientos adicionales según sea necesario y el monitoreo de la atención que reciba de otros proveedores. Su PCP debe estar al tanto de toda la atención que usted recibe para ayudarle a tomar decisiones bien informadas sobre su atención médica. Esto incluye hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y visitas a especialistas. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) antes de que se cubran ciertos tratamientos y procedimientos.

¿Cómo elige a su PCP?

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

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar de Proveedor de Cuidado Primario por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su Proveedor de Cuidado Primario deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir un nuevo Proveedor de Cuidado Primario. 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/findadoctor. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigencia de inmediato.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin derivación de su proveedor de cuidado primario

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.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por 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.
- 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a recibir diálisis de mantenimiento mientras está fuera o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor. Si es posible, háganoslo saber antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Visitas al consultorio del especialista.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Atención quiropráctica.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

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

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener autorización del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle al plan antes de que se preste un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted, o su proveedor, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]) tiene más información sobre qué hacer si desea que le 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.

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.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- 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. Es posible que se necesite 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).

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

Como afiliado a nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor.** Aquí hay más cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en Medicare.

- No necesita obtener un referido o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que reciba estén cubiertos y sean médicamente necesarios (consulte el Capítulo 9, Sección 4). Esto es importante porque:
- Sin una decisión de cobertura previa a la visita, y si nuestro plan determina posteriormente que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede denegar la cobertura y usted será responsable de cubrir el costo total. Si decimos que no cubriremos los servicios que recibió, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (consulte el Capítulo 9).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero a nuestro plan. Sin embargo, si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para su pago (consulte el Capítulo 7).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar una cantidad de costo compartido más alta (consulte la Sección 3).

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios en caso de 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.

Si tiene una emergencia médica:

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **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

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.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** NECESITAMOS hacer un seguimiento de su atención de emergencia. 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 brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección esté estable y cuándo haya terminado la emergencia médica.

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

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido fuera de la red, que es más alto.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no se trataba de una emergencia, la cantidad de los costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será menor que si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga 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 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.

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.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

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

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

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

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

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

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, 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 utilizar 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 de MVP Medicare cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo 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 entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener aprobación de su Proveedor de Cuidado Primario. 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 el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare. Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para afiliados de Medicare Advantage por Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos que califiquen para Medicare.

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

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

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

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. 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).

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

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

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

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- 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 aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la institución, o su estadía no será 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 No será propietario de ciertos equipos médicos duraderos después de realizar un número determinado 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 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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), 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 adquirirá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero (DME) bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.

Capítulo 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos

¿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.

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, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubrirá:

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

Si abandona MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) o ya no necesita equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿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 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

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

El Cuadro de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). 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 los 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 Cuadro de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos o coseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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?

Según nuestro plan, existen 2 límites diferentes en lo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red (MOOP)** es de \$9,250. Esta es la cantidad máxima que paga durante el año calendario por la Parte A y

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

la Parte B de Medicare O los servicios cubiertos del plan recibidos de proveedores de la red. Las cantidades que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de los proveedores de la red se tienen en cuenta para esta cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Estos servicios se describen en el Cuadro de beneficios médicos. Si ha pagado \$9,250 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores de nuestra red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

- Su **cantidad máxima de desembolso personal combinada** es de \$13,900. Esta es la cantidad máxima que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro y fuera de la red. 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 combinada. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima combinada de desembolso personal. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios se describen en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si paga \$13,900 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún costo de desembolso personal 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 su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan también limita los costos que paga de su bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además de las cantidades máximas de desembolso personal dentro de la red y combinadas para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la Sección 1.2 anterior), también tenemos una cantidad máxima de desembolso personal separada que se aplica solo a ciertos tipos de servicios.

Nuestro plan tiene una cantidad máxima de desembolso personal para los siguientes tipos de servicios

- Nuestra cantidad máxima de desembolso personal para una hospitalización es de \$2,225. Una vez que haya pagado \$445 por día durante los primeros 5 días (un total de \$2,225) de bolsillo por una hospitalización, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto de su estancia como paciente internado. Tanto la

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

cantidad máxima de desembolso personal para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como la cantidad máxima de desembolso personal para las hospitalizaciones se aplican a su hospitalización cubierta. Esto significa que una vez que haya pagado \$2,225 por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B o \$2,225 por su hospitalización, el plan cubrirá su hospitalización sin costo alguno para usted durante el resto de su estadía en el hospital.

- Nuestra cantidad máxima de desembolso personal para servicios de salud mental para pacientes internados es de \$2,075. Una vez que haya pagado \$415 por día durante los primeros 5 días (un total de \$2,075) por servicios de salud mental para pacientes internados, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto de su estancia como paciente internado. Tanto la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios médicos de la Parte A y la Parte B como la cantidad máxima de desembolso personal para servicios de salud mental para pacientes internados se aplican a sus servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos. Esto significa que una vez que haya pagado \$2,075 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B o \$2,075 por sus servicios de salud mental para pacientes internados, el plan cubrirá sus servicios de salud mental para pacientes internados sin costo alguno para usted durante el resto de su estadía relacionada con sus servicios de salud mental para pacientes internados.

Sección 1.4 A los proveedores no se les permite facturarle el saldo

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

Así es como funciona esta protección.

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

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

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga la cantidad del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El Cuadro de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está cubierta en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos 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 el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento en curso, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios que figuran en el Cuadro de beneficios médicos *solo* están cubiertos como servicios de la red si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previamente (a veces llamada autorización previa).
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están cubiertos como servicio dentro de la red marcados con una nota al pie en el Cuadro de beneficios médicos.
 - Nunca necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

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

- Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje de coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del que reciba los servicios:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también es tratado o monitoreado por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios médicos.

Servicios cubiertos



Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si

Lo que paga

Dentro y fuera de la red

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene un referido para ello de su médico, asistente médico, enfermera especializada o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas por año del plan en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con la cirugía; • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está retrocediendo.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (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.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), enfermeras especializadas (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Hay un coseguro del 50% por visita para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>



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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</p> <ul style="list-style-type: none"> Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$320 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>\$500 de copago para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p>
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>Cubrimos un examen físico de rutina por año calendario. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de diagnóstico o de laboratorio realizada durante su visita, según se describe para cada servicio separado en la Tabla de Beneficios Médicos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 por el examen físico de rutina.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>30% de coseguro para el examen físico de rutina.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden del médico.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>25% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.</p>	<p>para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La manipulación manual de la espina para corregir una subluxación • La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico</p> <p>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.</p>	<p>El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Servicios cubiertos**** Prueba de detección de cáncer colorrectal**


Están cubiertos 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 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 pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago por una colonografía de detección por tomografía computarizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía de detección por tomografía computarizada 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 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 colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con



Lo que paga**Dentro y fuera de la red**

No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico, y usted paga un 20 % de coseguro por el procedimiento o prueba de diagnóstico cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen 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: Servicios dentales complementarios preventivos e integrales.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$50 de copago por todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales suplementarios:</p> <p>La asignación anual se puede utilizar para servicios dentales integrales y preventivos complementarios.</p> <p>Atención dental preventiva: (Exámenes bucales, profilaxis, tratamiento con flúor, radiografías, otros servicios dentales preventivos)</p> <p>Servicios dentales integrales: (Servicios de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, prótesis maxilofaciales, servicios de implante, cirugía bucal y maxilofacial, servicios generales complementarios)</p> <p>La asignación se proporciona en una tarjeta de débito prepaga que se puede utilizar en cualquier proveedor dental. Una vez que se utilice la asignación completa, usted será responsable del 100% del costo de cualquier servicio dental preventivo o integral. Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario.</p>	<p>Servicios dentales suplementarios:</p> <p>Usted recibe una asignación de \$750 por año en una tarjeta de débito prepaga que puede utilizarse para cualquier servicio dental preventivo o integral. La asignación se puede utilizar en cualquier proveedor dental.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referidos.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.</p>
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos 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.</p> <p>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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (utilicen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Las tiras reactivas para diabéticos y los monitores de glucosa en la sangre deben adquirirse de un fabricante preferido (FreeStyle, Accu-check, y Prodigy). Los monitores de tiras reactivas de fabricantes no preferidos no están cubiertos a menos que exista una autorización previa de MVP • Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) 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 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por artículo por cada suministro de 30 días de tiras de prueba de glucosa en sangre de las marcas FreeStyle, Accu-Chek y Prodigy, o de tiras reactivas no preferidas que tengan autorización previa.</p> <p>\$10 de copago por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por cada monitor de glucosa continuo y suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>20% de coseguro para plantillas para calzado moldeadas a medida relacionadas con la diabetes (debe usarse con calzado para diabéticos).</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	<p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro para suministros para diabéticos.</p> <p>40% de coseguro para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>40% de coseguro para plantillas moldeadas personalizadas relacionadas con la diabetes.</p> <p>\$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Para la insulina y los suministros relacionados (por ej., jeringas, agujas), consulte el Capítulo 6 para conocer los costos compartidos de la Parte D</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en mvphealthcare.com/members/find-a-doctor.</p> <p>Los artículos no cubiertos incluyen, entre otras cosas: pelucas, filtros de aire, aires acondicionados, asientos para bañera, deshumidificadores, elevadores, medias quirúrgicas elásticas, equipos de ejercicios, incluidas bicicletas de ejercicios y cintas caminadoras, barras de agarre, compresas para la incontinencia,</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para equipos médicos duraderos relacionados con la diabetes, incluidas bombas de insulina.</p> <p>20% de coseguro para suministros de equipo médico duradero relacionados.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro todos los meses.</p> <p>Después de 36 meses, su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20%. El costo compartido original se reanuda después de 5 años. Si antes de inscribirse en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) usted había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>camas hospitalarias institucionales, incluidas las oscilantes, tramas de circulación y Stryker, mesas para la cama, asientos de inodoro elevados, sillas de ducha, sistemas de bastidores de pie, bañeras de hidromasaje y bombas, dispositivos de terapia de frío, caja de luz terapéutica, bombas de compresión para trombosis venosa profunda, modificaciones en el hogar, como rampas para sillas de ruedas, barandas de soporte, barras para el baño o el hogar, y soportes hechos de material elástico u otro material elástico. Para ver o descargar la lista completa de artículos no cubiertos, visite mvphealthcare.com/members/medicare, luego haga clic en Forms/Resources (Formularios/recursos) y en Claims & Reimbursement Forms (Formularios de reclamos y reembolsos). Además, puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.</p> <p>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, Qué hacer si tiene un problema o una reclamación [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamaciones]).</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>costo compartido en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) es de \$0.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare y suministros relacionados.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$115 de copago por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga este monto si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe mudarse a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para atención de emergencia/urgencia. Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.</p>	<p>dentro de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. Si permanece en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto del costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.</p>
<p>Transporte de emergencia: cobertura mundial</p> <p>Traslado de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El traslado de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto.</p>	<p>Usted paga \$320 de copago por el traslado de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar físico</p> <p>Programas Living Well: Usted paga \$0 por clases de educación y servicios de apoyo, tales como clases de actividad física, programas de control del peso, alimentación más saludable, cómo vivir con artritis, talleres de prevención de caídas, manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva y Programa de Revisión de Medicamentos.</p> <p>Membresía SilverSneakers®: SilverSneakers® puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa a través del bienestar físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de bienestar físico a través de SilverSneakers® en los centros participantes¹. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas². En las sucursales participantes de todo el país¹, puede tomar clases² y usar equipos de ejercicios y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales (como centros recreativos, centros comerciales y parques). SilverSneakers® también lo conecta a una red de soporte y recursos virtuales a través de clases SilverSneakers LIVE™, videos SilverSneakers On-Demand™ y</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los Programas Living Well.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el programa y las clases de bienestar físico de SilverSneakers®.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Servicios cubiertos**

nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Todo lo que necesita para comenzar es su número de ID personal de SilverSneakers. Visite [SilverSneakers.com](https://www.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.

- 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 para servicios de Audición. Las instalaciones y los servicios varían según la PL.
- La membresía incluye clases de bienestar físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers®. Algunas ubicaciones ofrecen a los afiliados clases adicionales. Las clases varían según la ubicación

SilverSneakers® y SilverSneakers FLEX®E 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. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare

Lo que paga

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.


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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son proporcionadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Examen de audición:</p> <p>1 examen de audición de rutina por año.</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en varios estilos y colores y están disponibles en opciones de estilo recargables.</p> <p>O BIEN</p> <p>Hasta \$600 por oído para el costo de 2 audífonos no implantables del catálogo TruHearing correspondiente cada año (límite de 1 audífono por oído). Después del beneficio pagado por el plan, usted es responsable de los costos restantes.* Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al 1-855-544-7163 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer año de visitas de seguimiento al proveedor • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • Suministro de baterías para 3 años por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos de venta libre (OTC) • Moldes de oído • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales al proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable 	<p>Examen de audición:</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada examen/prueba de audición.</p> <p>\$0 de copago por un examen de la audición de rutina por año.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>\$60 de copago por cada examen/prueba de audición.</p> <p>\$60 de copago por un examen de la audición de rutina por año.</p> <p>Audífonos</p> <p>Usted paga solo \$699 por TruHearing Advanced.</p> <p>Usted paga solo \$999 por TruHearing Premium.</p> <p>O BIEN</p> <p>Hasta \$600 por oído para el costo de 2 audífonos no implantables del catálogo TruHearing correspondiente.</p> <p>No hay coseguro ni copago por el ajuste/evaluaciones de audífonos de TruHearing.</p> <p>Los costos de los audífonos no se aplican a su cantidad máxima de desembolso personal</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos que no están en el formulario de productos TruHearing correspondiente • Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños <p>**Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</p> <p>Si un proveedor del plan le diagnostica una o más de las siguientes afecciones crónicas, puede reunir los requisitos para otros beneficios complementarios específicos o un costo compartido reducido específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes <ul style="list-style-type: none"> ○ Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. ○ Los pacientes con diabetes tendrán un costo compartido reducido en todas las consultas de podiatría de rutina, según sea necesario. ○ Los siguientes servicios se consideran componentes del cuidado de rutina de los pies, independientemente del proveedor que presta el servicio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El corte o la extracción de callos y callosidades ▪ Corte, recorte o desbridamiento de uñas, incluido el desbridamiento de uñas micóticas ▪ Afeitado, recorte, corte o extirpación de queratomas, tilomas y helomas ▪ Tratamientos paliativos simples no definitivos, como rasurado o recorte de verrugas plantares que no requieren cauterización térmica o química y curetaje ▪ Otros cuidados de mantenimiento higiénicos y preventivos, como limpiar y remojar los pies, el uso de cremas para la piel para 	<p>Usted paga un costo compartido de \$0 por los exámenes de detección de retinopatía diabética cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga un \$0 de copago por las consultas de podiatría de rutina, si tiene un diagnóstico de diabetes confirmado. Si se prestan servicios adicionales durante una visita de podología de rutina, es posible que usted sea responsable por el costo compartido de los servicios de podología.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>mantener el tono de la piel de pacientes ambulatorios o postrados en cama, y cualquier otro servicio realizado en ausencia de enfermedad, lesión o síntomas localizados que involucren el pie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es posible que usted sea responsable del costo compartido de los servicios de podología si se prestan servicios adicionales durante una visita de podología de rutina. 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión <ul style="list-style-type: none"> ○ Los pacientes con hipertensión pueden recibir un dispositivo para el control de la presión arterial por año. El dispositivo debe adquirirse en DME Supply USA y deben estar en nuestra lista aprobada. 	<p>Usted paga \$0 de copago por un brazalete del esfigmomanómetro por año, si tiene un diagnóstico confirmado de hipertensión.</p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un examen de selección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <p>Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Agencia de atención médica en el hogar</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica en el hogar y solicitará que los servicios de atención médica en el hogar sean proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar impedido de salir de casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios 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 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipos médicos • Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP. 	
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>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).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, consulte el Capítulo 6, Sección 5.2, para conocer los montos de costo compartido aplicables.</p>
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga sus servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga 	<p>terminal, no MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO).</p> <p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$0 de copago por consulta en un hospicio.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido en virtud de Original Medicare. <p><u>Para los servicios cubiertos por MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) 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 nuestro plan por estos servicios.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.</p> <p>Copago de \$0 por todas las demás vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Las vacunas requeridas para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.</p>	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios para pacientes internados agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta hospitalaria es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para trastorno por consumo de sustancias en pacientes internados • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, renal-pancreático, 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$445 de copago por día, día(s) 1-5; \$0 de copago, desde el día 6 en adelante</p> <p>El costo compartido anterior se cobra por cada estadía en hospital para pacientes internados. No se aplican los períodos de beneficios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el Capítulo 12).</p> <p>El costo compartido comienza el primer día de admisión en el hospital. El costo compartido no se aplica a la fecha del alta.</p> <p>Si le transfieren de un hospital a otro, se aplicará un nuevo costo compartido de hospital para pacientes internados.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por admisión</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos

Lo que paga

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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.


- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta 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 externo, consulte con el personal del hospital.


También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada *¿Es usted un paciente internado o ambulatorio?* Si tiene Medicare, ¡pregunte! Esta hoja de datos está disponible en internet en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$415 de copago por día, día(s) 1 a 5; \$0 de copago, día 6 en adelante.</p> <p>Se cobra el costo compartido anterior por cada estancia en el hospital para pacientes internados. No se aplican los períodos de beneficios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el Capítulo 12).</p> <p>El costo compartido comienza el primer día de admisión en el hospital. El costo compartido no se aplica a la fecha del alta</p> <p>Si lo transfieren de un hospital a otro, se aplicará un nuevo costo compartido para pacientes hospitalizados.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>40% de coseguro por admisión</p>
<p>Estancia como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estancia como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estancia como paciente internado. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios médicos. 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada visita al médico de atención primaria por visitas de servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$55 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$55 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>\$55 de copago por cada ecografía cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (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 <p>Terapia física, del habla y ocupacional</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>20% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por radioterapia.</p> <p>20% de coseguro para DME, ortopedia, prótesis y suministros relacionados.</p> <p>\$35 de copago por servicios de terapia física, del habla u ocupacional cubierto por Medicare (se aplican límites de terapia)</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>30% de coseguro por cada visita al médico de atención primaria por visitas de servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada ecografía cubierta por Medicare</p> <p>40% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por radioterapia.</p> <p>40% de coseguro para cada DME, ortopedia, prótesis y suministros relacionados.</p> <p>40% de coseguro por servicios de terapia física, del habla u ocupacional cubierto por Medicare (se aplican límites de terapia).</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare y otros artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por el costo total de los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, administrados por un farmacéutico o administrados por un profesional de atención médica.</p> <p>Pagará un máximo de \$35 por insulina cubierta por la Parte B de Medicare para un suministro de 30 días</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes por imágenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes por imágenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente indicada (quien podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está 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 	<p>Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare y otros artículos cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por el costo total de los medicamentos de la Parte B comprados en una farmacia, administrados por un farmacéutico o administrados por un profesional de atención médica.</p> <p>Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio.</p>

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Servicios cubiertos****Lo que paga**


nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí

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

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

<https://www.mvphhealthcare.com/members/resources/prescriptionbenefits>. Comuníquese con el Centro de

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta 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.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.</p>
<p>Servicios de programas para el tratamiento por consumo de opiáceos</p> <p>Los afiliados de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opiáceos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias 	<p>Dentro de la red</p> <p>Hay un copago de \$10 por servicios del programa de tratamiento con opiáceos.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>Hay un 30% de coseguro por servicios del programa de tratamiento con opiáceos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos (puede aplicarse un copago por visita al consultorio) • 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 entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>\$55 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>\$55 de copago por cada ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>\$400 de copago por cada servicio de TEP, TAC, IRM, ARM o NUC de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada ecografía cubierta por Medicare</p> <p>40% de coseguro por cada servicio de TEP, TAC, IRM, ARM o NUC de radiología de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
	<p>40% de coseguro por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre.</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>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.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Aviso: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro por cada estadía ambulatoria en observación en el hospital.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada estadía ambulatoria en observación en el hospital.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento para pacientes internados sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados fármacos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p> <p>Aviso: Salvo que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$115 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>\$0 de copago por exámenes de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>20% de coseguro para servicios de observación.</p> <p>20% de coseguro por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p>15% de coseguro por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>\$55 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>30% de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>30% de coseguro para cada servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$55 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>\$55 de copago por cada ecografía cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$400 de copago/coseguro por cada Resonancia magnética por imagen (RMI), Tomografía computarizada (TC) o tomografía por emisión de positrones (TEP) cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por suministros médicos</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro para servicios de observación.</p> <p>40% de coseguro por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p>40% de coseguro por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p> <p>40% de coseguro por cada visita a un especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada prueba/procedimiento de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro para cada servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>40% de coseguro por radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada ecografía cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
	<p>40% de coseguro por cada resonancia magnética por imagen (RMI), tomografía computarizada (TC) o tomografía por emisión de positrones (TEP) cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro para suministros médicos.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia, terapeuta de pareja y familia con licencia, enfermera especializada, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>30% de coseguro por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Dentro de la red \$35 de copago por día para visitas de terapia.</p> <p>Fuera de la Red 40% de coseguro por día para visitas de terapia.</p> <p>Se aplican límites en dólares a todos los servicios de terapia para pacientes ambulatorios. El límite en dólares también se aplica a los servicios de terapia en centros de enfermería especializada (SNF) y en los departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales.</p>
<p>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.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red \$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Aviso: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será un paciente internado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>15% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la Red 40% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
	40% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.
<p>Cobertura complementaria de venta libre (OTC)</p> <p>Los artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no necesitan receta. Este plan cubre más de 1,000 artículos OTC, según lo permitido por Medicare.</p> <p>Algunos ejemplos de artículos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasta dental • Gotas oftálmicas • Aerosol nasal • Vitaminas • Gotas para la tos • Analgésicos • Antiácidos • Artículos de primeros auxilios • Y mucho más... <p>Estas son las maneras de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice pedidos en línea en MVP.NationsBenefits.com a través de la web para entrega a domicilio. • Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en comercios minoristas participantes • 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 	<p>Dentro de la red</p> <p>0% del costo total de artículos OTC calificados, hasta el máximo trimestral de \$25.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>Los artículos OTC deben pedirse al servicio aprobado del plan. No reembolsamos artículos OTC comprados en tiendas minoristas ni otros servicios de pedido por correo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Las compras se limitan a los dólares de beneficio disponibles. Los montos no utilizados no se transferirán al siguiente trimestre o al siguiente año calendario.</p> <p>Todos los pedidos deben realizarse a través del proveedor aprobado del plan o deben comprarse en una tienda minorista participante. Es posible que ciertas marcas específicas no estén disponibles y que las cantidades sean limitadas o restringidas.</p> <p>Después de que el Plan haya pagado los beneficios de OTC, usted es responsable del costo restante.</p> <p>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.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>La <i>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 de pareja y familia con licencia o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>30% de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>30% de coseguro para cada servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p> <p>40% de coseguro fuera de la red para cada servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos

Lo que paga

Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)**Servicios cubiertos****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, 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 PCP o especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico
- Determinados servicios de telesalud, incluidos, los siguientes: servicios de urgencia, sesiones individuales para servicios de salud mental y psiquiatría especializados, consulta nutricional y servicios de atención primaria.
 - 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 o el proveedor de servicios de atención virtual aprobado por el plan.
 - Los servicios de atención virtual de MVP proporcionados por Amwell, Galileo y UCM a través de Gia están disponibles sin costo compartido. Otros servicios de atención virtual a través de Gia están sujetos al costo compartido aplicable.
 - Las consultas presenciales y los referidos pueden estar sujetos al copago/costo compartido del plan. Las visitas virtuales con proveedores fuera de Gia pueden estar sujetas a copago/costo compartido según el plan.
- 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

Lo que paga**Dentro de la red**

\$0 de copago por cada visita al consultorio del médico de atención primaria para servicios cubiertos por Medicare.

\$55 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.

\$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare.

\$50 de copago por cada servicio dental cubierto por Medicare.

\$10 de copago por cada visita de telesalud o al consultorio de salud mental cubierta por Medicare.

Usted no paga ningún copago ni coseguro por una visita de telesalud (atención virtual) para los servicios proporcionados por Amwell, Galileo y UCM a través de Gia.

Usted pagará el costo compartido aplicable para una visita de telesalud a través de otros proveedores de Gia, así como a través de otros proveedores aprobados por el plan que no forman parte de Gia.

Fuera de la Red

30% de coseguro por cada visita al médico de atención primaria por servicios cubiertos por Medicare.

40% de coseguro por cada visita a un especialista para servicios cubiertos por Medicare.



\$60 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare.

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


Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>hospital o de acceso crítico en un hospital, centro de diálisis renal o el hogar del afiliado</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud • Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras obtiene estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> • No es un paciente nuevo y • El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • el control no lleva a una 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>40% de coseguro por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p>30% de coseguro por cada visita de telesalud o al consultorio de salud mental cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones de talón). • Cuidado de los pies de rutina para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$55 de copago por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).</p>



Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>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 PrEP y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, además de bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>20% para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro para cada artículo cubierto por Medicare y suministros relacionados.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas, consulte <i>Atención de la visión</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar y cardíaca están cubiertos para afiliados que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar y cardíaca del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>25% de coseguro por cada servicio de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubierto por Medicare</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada servicio de rehabilitación pulmonar y cardíaca cubierto por Medicare</p>
<p> Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, 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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los afiliados elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaco de al menos 20 paquetes al año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que son proporcionadas por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o 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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

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


Servicios cubiertos	Lo que paga
<p> Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un proveedor de atención primaria los solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>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.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando estén temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o no sea posible acceder a él) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i>.</p> <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio o artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro para tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios.</p> <p>40% de coseguro por cada servicio o artículo de equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio</p>
<p>Atención en centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada de la red.</p>

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


Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>especializada”, Que suele denominarse SNF, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>No se requiere una admisión hospitalaria de 3 días antes de la cobertura.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada. • 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 entera y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta 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 <p>En general, recibirá atención de un SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, usted puede pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>\$218 de copago por día para los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro para centros de enfermería especializada cubiertos por Medicare</p> <p>Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga el 100% del costo por más de 100 días en un período de beneficios.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día de la admisión en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF en el que su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted va a dejar el hospital <p>Es posible que se necesite una autorización previa por parte de MVP.</p>	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los afiliados que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen un <i>referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>25% de coseguro por cada sesión de terapia supervisada de ejercicios cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>40% de coseguro por cada sesión de terapia supervisada de ejercicios cubierta por Medicare.</p>


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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de sesiones que duran entre 30 y 60 minutos, y comprender un programa de ejercicios o entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • 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. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan, pero no es razonable, dados su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>40% de copago por cada visita de atención necesaria de urgencia.</p> <p>\$115 de copago por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo o atención urgente en todo el mundo.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<p>urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>La participación en los costos para los servicios necesarios de urgencia prestados fuera de la red es la misma que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura para la atención de urgencia en todo el mundo.</p> <p>Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.</p>	
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>20% de coseguro de la cantidad permitida por Medicare por un par de anteojos (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas).</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>\$0 de copago por cada prueba de glaucoma preventiva cubierta por Medicare.</p> <p>40% de coseguro por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>Dentro y fuera de la red</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • 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). La cobertura de anteojos después de una cirugía de cataratas se basa en las tarifas de pago permitidas por Medicare. MVP no cubre mejoras de anteojos que no sean médicamente necesarias o que no estén cubiertas por Medicare. Solo están cubiertas las lentes intraoculares (IOL) de rutina para reemplazar una lente dañada. Las lentes intraoculares implantadas durante la cirugía de cataratas para corregir la presbicia o el astigmatismo no están cubiertas. • Lentes/Marcos correctivos (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin implante de lente. • Un examen ocular de rutina una vez por año. • Anteojos: asignación de beneficio por año calendario para la compra de anteojos o lentes de contacto complementarios. Los anteojos y gafas de seguridad no recetados requeridos para el empleo no están cubiertos • La asignación complementaria para anteojos se aplica solo al valor minorista. Los descuentos de la tienda y las ofertas promocionales no se pueden combinar con la asignación para anteojos. 	<p>Asignación de beneficios de \$150 por año calendario para anteojos y accesorios complementarios.</p> <p>\$0 de copago por examen ocular de rutina a través de un proveedor del plan o fuera del plan con un beneficio del plan pagadero hasta un máximo de \$70. El examen ocular de rutina se limita a uno por año calendario. Si los servicios de diagnóstico de exámenes oculares se realizan durante un examen ocular de rutina, usted será responsable del costo compartido del examen ocular de diagnóstico.</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única Bienvenido a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que paga
Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.	

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Inclusive si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si un servicio es apelado y se toma una decisión: se considera al momento de la apelación, un servicio médico que deberíamos haber 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 5.3 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	No están cubiertos bajo ninguna condición

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
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.	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>	<p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
<p>Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar</p>	<p>No están cubiertos bajo ninguna condición</p>
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar</p>	<p>No están cubiertos bajo ninguna condición</p>
<p>Entrega de comidas a domicilio</p> <p>Los servicios de empleada doméstica incluyen ayuda básica en el hogar, entre ellas, tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.</p>	<p>No están cubiertos bajo ninguna condición</p>
<p>Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)</p>	<p>No están cubiertos bajo ninguna condición</p>
<p>Atención odontológica que no sea de rutina</p>	<p>Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</p>
<p>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies</p>	<p>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</p>
<p>Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor</p>	<p>No están cubiertos bajo ninguna condición</p>
<p>Habitación privada en un hospital</p>	<p>Solo se cubre cuando es médicamente necesaria.</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
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.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Consulte la sección de servicios dentales del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	<ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular. • Su plan incluye beneficios adicionales para la visión. <p>Consulte la sección de Atención de la visión del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Cuidado de los pies de rutina	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	<p>Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.</p> <p>Consulte la sección de servicios de audición del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No están cubiertos bajo ninguna condición

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

CAPÍTULO 5:

Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas 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.

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.
- 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).

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

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro 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 de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (**mvphealthcare.com**) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (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. Si la farmacia que utiliza permanece en nuestra red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, es posible que desee cambiarse a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al -800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use 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:

1. Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar
2. 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 medicamentos

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

de la Parte D en un centro de LTC, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

3. 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
4. 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* en **mvphealthcare.com**. o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicios de pedido por correo de nuestro plan

Para 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 como “**NM**” en nuestra Lista de medicamentos.

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

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

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 14 días. Si no tiene un suministro de 14 días de su medicamento a mano, pídale a su médico que le dé una segunda receta para un suministro de 30 días y surta el medicamento en una farmacia minorista de la red mientras espera que llegue su suministro de pedido por correo. Si su envío de pedido por correo se retrasa, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Trabajaremos con usted para asegurarnos de que tenga sus medicamentos cuando los necesite.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las 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

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

- 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/Servicio al Cliente de 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 llamando al Servicio al Cliente de 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 14 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. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

- Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Centro de Servicios a los

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

Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones.

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. 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 de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

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.

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

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

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

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

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea 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 formulario 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.

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 medicamento de marca o 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.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

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 se encuentra en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de participación en los costos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- **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. Algunos 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

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 (Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D). Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

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

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 que le brindamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros afiliados. Cubrimos medicamentos adicionales que no estén incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista, visite nuestro sitio web o llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos.
- Visite el sitio web de nuestro plan (mvphealthcare.com). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada
- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (visite Caremark.com, haga clic en el botón Register (Registrarse) y siga las instrucciones para inscribirse, o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas 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

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

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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si 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 con eliminar la restricción para usted (consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web (mvphealthcare.com).

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, nuestro 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web.

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.

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera?

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.
- **El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que sus costos compartidos sean más costosos de lo que cree que deberían ser.**
- **Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más elevado de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, 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.

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.

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

- **Si estuvo en nuestro 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 los afiliados que han estado en nuestro 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 al 1-800-665-7924 (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, al 1-800-665-7924 (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.

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 a nuestro 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 usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 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.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados, al 1-800-665-7924 (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.

Puede solicitar una excepción

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

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

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

SECCIÓN 6 Nuestra 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**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**

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

- **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 realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de 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

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

restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.

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

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

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

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el

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

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 cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- 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.

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 obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. 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).

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

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

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 no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- 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
- 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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

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

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedir a la farmacia que busque la información de la inscripción en nuestro 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 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por nuestro 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 reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 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 este utilice, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias*, en **mvphealthcare.com**, para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (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 está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

Sección 9.3 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 recetados para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que se espera que nuestro plan pague la cobertura de medicamentos, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos 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 un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o el sindicato.

Sección 9.4 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 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.

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

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 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

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

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de [medicamentos opioides con benzodiacepina de un determinado médico](#)
- 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 limitaremos 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 sobre 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 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 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.

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

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 este programa, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

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

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

Si se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, 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 folleto por separado, denominado Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben asistencia adicional para pagar medicamentos con receta (también conocido como Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula LIS.

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 cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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 (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), para consultar la cobertura de medicamentos, el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por 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.

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

- 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 gastos 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 gastos 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 reglas 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

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 gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual.

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

- 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
- Pagos que realiza para medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas 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).
- Pago realizado por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento para fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las que se mencionan anteriormente paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Seguimiento de sus gastos totales de bolsillo

- La Explicación de Beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, la EOB de la Parte D le dirá que ha abandonado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Existen 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos en bajo el MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO). La cantidad que paga por cada

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

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 (EOB)* 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:

- **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.

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

- **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 muestra 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 gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**

Quando 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.

Quando 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.

- **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.

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

- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para 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. Usted pagará un deducible anual de \$615 en los medicamentos de los niveles 2 a 5. El costo total generalmente es más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció 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 2 a 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, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su monto de copago o coseguro. Su parte del costo variará según el medicamento y dónde surta su receta.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costos compartidos

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 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 Formulario.

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

- **Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:** Incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Algunos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:** Incluye todos los demás medicamentos de marca y genéricos en nuestro Formulario. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5 - Medicamentos especializados:** Incluye medicamentos genéricos y de marca especializados de alto costo. Este es el nivel de costo compartido más alto. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del 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 del plan*, **mvphealthcare.com**.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro *para 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.

Como se muestra en la tabla a continuación, 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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido 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 Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago más cualquier costo diferencial dentro de la red
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	\$2 de copago	\$2 de copago	\$2 de copago	\$2 de copago más cualquier costo diferencial dentro de la red
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferida	16% de coseguro	16% de coseguro	16% de coseguro	16% de coseguro más cualquier costo diferencial dentro de la red
Nivel 4 de costos compartidos De marca no preferida	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro más cualquier costo diferencial dentro de la red
Nivel 5 de costos compartidos De especialidad	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro más cualquier costo diferencial dentro de la red

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

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

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

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

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 un suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 4.

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.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1. Suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 4)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro de hasta 100 días para el Nivel 1. Suministro de hasta 90 días para los Niveles 2 a 4)
Nivel 1 de costos compartidos Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costos compartidos Genéricos	\$6 de copago	\$4 de copago
Nivel 3 de costos compartidos De marca preferida	16% de coseguro	16% de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos De marca no preferida	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos	Un suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5	El pedido por correo no está disponible para medicamentos en el Nivel 5

No pagará más de \$105 por un suministro para tres 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 sus gastos de bolsillo lleguen a \$2,100.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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. Ingresa a la Etapa de cobertura en situación catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá 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 comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare llamando al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

detalles sobre 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**.
- 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 on Immunization Practices, ACIP).**

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

- 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 aplicarla 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, paga 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.
- Para otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia su coseguro o copago 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

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

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. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Asistencia Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia)

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

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba en virtud de las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura del proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le reembolse). 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 cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su 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.

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 recibió atención médica de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Cuando recibió atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un

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

proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. 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 hizo.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a dicho proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto por la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que recibe.

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 facturarle a nuestro plan directamente y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más que su parte.

- 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 realizó y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar en virtud de nuestro plan.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido 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 de su bolsillo cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que podamos manejar el 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 el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener 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 pagaríamos 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 de nuestro 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, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total

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

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 del paciente y el número de identificación del plan de salud
 - Los códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS) o de Terminología Actual de Procedimiento (Current Procedural Terminology, CPT) para el tipo de servicio proporcionado (p. ej., visita al consultorio, radiografía de tórax)
 - Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes internados o ambulatorios, consultorio)
 - Fecha y cargo por cada servicio o suministro proporcionado

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

- Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (International Classification of Diseases, Clinical Modification, ICD-CM) para la afección médica por la cual el paciente fue tratado (p. ej., examen de rutina, tos, hipertensión)
 - Si otra compañía de seguros ha hecho un pago por este servicio, se debe presentar una explicación de los beneficios de esa compañía junto con el reclamo
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**mvphealthcare.com**) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (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 que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser 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 ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 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 alternativos, 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. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternos sin costo si la necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare 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.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, visitar a especialistas en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante el Centro de Servicios a los

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Afiliados de MVP Medicare (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de la red del plan. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación y aún pagar el monto de participación en los costos dentro 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. *[Los planes pueden incluir el Aviso de Prácticas de Privacidad según lo requerido por la Norma de privacidad de la HIPAA (45 C.F.R. § 164.520).*

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

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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- 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 de salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.

Debido a que usted es afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información para la salud, incluida la información sobre sus medicamentos 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. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como afiliado de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados 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

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **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 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 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Los documentos legales que puede usar para dar 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 llamar al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
 - **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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

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 firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-206-8125.

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

Si tiene algún problema, inquietud o reclamación y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **debemos tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar 711)

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **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: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
 - 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **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 recetados 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 la tarjeta de membresía de nuestro plan 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **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 pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B 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 debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar dicha multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo afiliado del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y para saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios]).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo, se explican 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamaciones** (también denominadas quejas formales).

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

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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también

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

desea 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 (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) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios 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.

Consulte la Sección 4, Una guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

No.

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

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones incluyen los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar 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.

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

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

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, se puede rechazar una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se puede rechazar una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada 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.
- Pase a la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 6.

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

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

- **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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).

Su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos de la Parte B 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. 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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de representante. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). 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 representantes 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.

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

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Brindamos detalles para cada una de estas situaciones en este capítulo:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*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 su caso, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

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

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 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
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 5.3.**

Aviso: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión de cobertura rápida se toma dentro de las 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándares 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.

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 reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B 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.

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*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para formular una queja es diferente del proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre reclamaciones, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que 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*. (Vaya a la Sección 10 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 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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 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 que figuran en la Sección 5.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una buena causa pueden incluir una 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.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **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

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

- 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 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** 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 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. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o 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 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su

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

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 5.4 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 del expediente de caso.** Se nos permite 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 beneficiarle, **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.

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

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 beneficiarle, **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 estándares. 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 esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros 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.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La

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

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 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, 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.
- **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.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos 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 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o 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.
- 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**.

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

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 6.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa, o el requisito para probar otro medicamento antes). Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitando el pago de un monto de costo compartido más bajo para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitando la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

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

En esta sección, se le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario**.

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.

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

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 los medicamentos en el Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 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. Si aceptamos hacer una excepción y renunciamos a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
- 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 paga 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.
 - 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, paga la cantidad más baja.

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

Sección 6.3 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 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales:

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).

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

- 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 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web <https://www.mvphealthcare.com/plans/medicare/forms/coverage-determination>. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. En la Sección 4, 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

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

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 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.

- 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.

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

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 6.5 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**.

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida y figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

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

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.

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

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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 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 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días** calendario después de recibir su apelación.
 - **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión
- ***Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***
 - Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud

Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
 - 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.

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

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 6.6 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.
- **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 IRE.
- 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**. Se nos permite cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

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 acepta proporcionarle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para apelaciones 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.

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.

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

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

Si esta organización rechaza **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 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 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

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

- 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 7.1 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*. Todas las personas 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 enfermero), pregúntele a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (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 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 del aviso a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado para que le den el alta.

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

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener un aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 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 preguntas o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para 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. 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.

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

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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

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, 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.

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 7.3 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.

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

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 sobre su apelación.

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

Si la organización de revisión independiente 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

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 9 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 8 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 8.1 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.

- 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 pedirnos 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. Firmarlo no significa que esté de acuerdo con la decisión de nuestro plan de detener la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Si 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.

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

Siga el proceso

Cumpla con las fechas límite

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para 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 revisar 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.

¿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 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:

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:

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

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 cree que debe continuar la cobertura de los servicios. 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 proporcione.

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.

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.

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

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, 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 continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su 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 sobre 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.

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

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 9 brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 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 una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea 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

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

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.

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.

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

Sección 9.2 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 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 de derecho administrativo o un abogado de arbitraje que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar 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.

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, el proceso de apelación *podría* o no haber finalizado.**

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

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, la notificación le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se gestionan mediante el proceso de formulación de quejas?

El proceso de formulación de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre estas se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Los siguientes son algunos ejemplos de los tipos de problemas gestionados a través del proceso de formulación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad ni compartió información confidencial?
Falta de respeto, un servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro Centro de Servicios a los Afiliados? • ¿Siente que se lo alienta a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla?

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

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado? ¿O por el Centro de Servicios a los Afiliados u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿No le dimos un aviso requerido? ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede formular una queja por nuestra lentitud. Los siguientes son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la rechazamos, puede 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.

Sección 10.2 Cómo formular 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**.

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

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 al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, el Centro de Servicios a los Afiliados 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 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 10.3 También puede formular 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.

O bien

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

- **Puede formular su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) directamente ante 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.

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* abandonarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la finalización voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que 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 Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía en nuestro plan 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, o
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte no participar de la inscripción automática.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en el plan

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Sección 2.2 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 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se denomina **Período de Inscripción Especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

Capítulo 10: Finalización de su membresía en el plan

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Asistencia Adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en Programas de Atención Integral para Ancianos (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Aviso:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- - *u* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Aviso: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 o más días consecutivos, 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.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Si recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su 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.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

Capítulo 10: Finalización de su membresía en el plan

- Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar 711)
- Buscar la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Llamar 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 la siguiente tabla, se explica cómo puede dar por finalizada su membresía en nuestro plan.

• Para cambiar de nuestro plan a:	• Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribise en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en el plan**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 se le hospitaliza el día en que finaliza su membresía, su estancia en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud)

SECCIÓN 5 MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para averiguar si el lugar al que se muda o a donde viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindar atención médica para usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos

Capítulo 10: Finalización de su membresía en el plan

obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante 90 días.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene *90 días* para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su membresía.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotro no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la 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 esta 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 información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados al 1-800-665-7924 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, por ejemplo, un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Centro de Servicios a los Afiliados puede ayudarle.

Capítulo 11 Avisos legales**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De conformidad con las regulaciones de los CMS en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Secciones 422.108 y 423.462, MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el secretario ejerce en virtud de las regulaciones de los CMS en las Subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

CAPÍTULO 12: Definiciones

Monto permitido: el monto máximo del cargo facturado que el plan determina que es pagadero por los servicios cubiertos.

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.

Período de Inscripción Anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

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 Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO), solo tiene que pagar los montos 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 haya recibido servicios de 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. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 sustituyeron el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapa 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, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

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

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.

Cantidad máxima de desembolso personal combinado: este es el monto máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos). Además de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos una cantidad máxima de desembolso personal para ciertos tipos de servicios. Vaya al Capítulo 4, Sección 1 para obtener información sobre el monto de su gasto de bolsillo máximo.

Queja: el nombre formal para formular una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de formulación de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas en el caso de que su plan no siga 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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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. (Esto se suma a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de copago que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 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 el plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

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

Servicios cubiertos: término que usamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica 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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas oftálmicas. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costos compartidos: puede aplicarse una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro para un mes de su plan es de 30 días, entonces su tarifa diaria de costos compartidos es \$1 por día.

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

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

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (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 costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como afiliado a nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción a la lista de medicamentos) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos el criterio de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

“Ayuda Adicional”: un programa de Medicare 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos.

Queja 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).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue estando afiliado a nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia como paciente internado en un hospital: una estancia en un hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informa en su declaración de impuestos del Servicio Interno de Impuestos (IRS) de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y una Cantidad Mensual Ajustada Relacionada con los Ingresos, también denominada IRMAA. La IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Etapa 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.

Cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red: lo máximo que pagará por los servicios cubiertos de *la Parte A y la Parte B* recibidos de proveedores de la red (preferidos). Después de alcanzar este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance su monto de bolsillo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido). Además de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B, también tenemos una cantidad máxima de desembolso personal para ciertos tipos de servicios.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP): Un plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (nursing facility, NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC (o poseer y operar dichos centros).

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

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

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

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

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

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal 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 medicamento aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información sobre Medicamentos de American Hospital Formulary Service y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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 de un plan Medicare Advantage pueden cancelar

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage, o bien obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Plan de Costos de Medicare: Un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la Sección 1876(h) de la Ley.

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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).

Centro de Servicios a los Afiliados: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones.

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los afiliados 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**.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que pueden adquirirse por una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para obtenerlos.

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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

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

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare 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 dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) están disponibles en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los afiliados a nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para la coordinación o la prestación de servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad de nuestro plan ni están operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos de un afiliado de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos de bolsillo del afiliado.

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

Plan de PACE: un plan de PACE (Programas de Atención Integral para Ancianos) combina servicios médicos y sociales y servicios y apoyo a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del afiliado generalmente serán mayores cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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

Administrador de beneficios de medicamento con receta (Prescription Drug Benefit Manager, PBM): administrador externo de programas de medicamentos con receta responsable de desarrollar y mantener el Formulario del Plan, procesar y pagar reclamaciones, contratar farmacias de la red y negociar costos con los fabricantes.

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. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, tal vez quiera consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costos compartidos. 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.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para el brazo, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

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

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.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, 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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados en forma continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo las puede administrar un médico o personal de enfermería registrado.

Período de Inscripción Especial: un tiempo establecido en el que los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Asistencia adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

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

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es el costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de 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 del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare Complete Wellness con Parte D (PPO)

Método	Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-665-7924 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 del Cliente de MVP Medicare también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	Marque 711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes del Centro de 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.
FAX	1-585-327-2298
ESCRIBA A	MVP Health Care 20 S. Clinton Ave. Rochester, NY 14604
SITIO WEB	mvphealthcare.com

HIICAP

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	Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York): Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	Puede llamar al número que figura arriba para encontrar la dirección de su asesor local de HIICAP.
SITIO WEB	www.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.