



**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos con receta de Medicare como afiliado de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)**

Este manual le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023.

**Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**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). Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.**

Este plan, MVP Medicare WellSelect Plus 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 WellSelect Plus con Parte D (PPO).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. (Este documento está disponible de forma gratuita en español).

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El vademécum, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.

**Índice**

- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

**Evidencia de cobertura 2023****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: <i>Introducción como afiliado</i></b> .....	<b>5</b>
SECCIÓN 1    Introducción.....	6
SECCIÓN 2    ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?.....	7
SECCIÓN 3    Materiales importantes de membresía que recibirá .....	8
SECCIÓN 4    Sus costos mensuales para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO).....	10
SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual.....	14
SECCIÓN 6    Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....	17
SECCIÓN 7    Cómo funciona otro seguro con nuestro plan.....	18
<b>CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i></b> .....	<b>20</b>
SECCIÓN 1    Contactos de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare) .....	21
SECCIÓN 2    Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	25
SECCIÓN 3    Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	27
SECCIÓN 4    Organización para la mejora de la calidad .....	28
SECCIÓN 5    Seguro Social.....	29
SECCIÓN 6    Medicaid.....	30
SECCIÓN 7    Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta .....	30
SECCIÓN 8    Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario .....	33
SECCIÓN 9    ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? .....	34
<b>CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i></b> .....	<b>35</b>
SECCIÓN 1    Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como afiliado de nuestro plan .....	36

**Índice**

SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica .....	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre .....	42
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios? .....	44
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? .....	45
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa de atención médica no médica" .....	47
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos .....	48
<b>CAPÍTULO 4:</b>	<b><i>Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)</i></b> .....	<b>50</b>
SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos.....	51
SECCIÓN 2	Use el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto para usted y cuánto pagará.....	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....	114
<b>CAPÍTULO 5:</b>	<b><i>Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D</i></b> .....	<b>119</b>
SECCIÓN 1	Introducción.....	120
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	120
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan .....	124
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos.....	126
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera? .....	128
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan? .....	133
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta .....	134
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	135
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos .....	136

**Índice**

<b>CAPÍTULO 6:</b>	<i>Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D.....</i>	139
SECCIÓN 1	Introducción.....	140
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento .....	143
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra .....	143
SECCIÓN 4	No hay deducible para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) .....	145
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte .....	145
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa del período sin cobertura.....	150
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situación catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos .....	150
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde los obtiene.....	151
<b>CAPÍTULO 7:</b>	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</i>	153
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	154
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido.....	157
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos .....	158
<b>CAPÍTULO 8:</b>	<i>Sus derechos y responsabilidades .....</i>	159
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como afiliado del plan .....	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como afiliado del plan.....	167
<b>CAPÍTULO 9:</b>	<i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</i>	169
SECCIÓN 1	Introducción.....	170
Sección 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	171
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar?.....	171

**Índice**

SECCIÓN 4	Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	172
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación a una decisión de cobertura .....	176
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	184
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto .....	195
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto .....	203
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes .....	210
SECCIÓN 10	Cómo formular una reclamación sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....	213
<b>CAPÍTULO 10:</b>	<i>Finalización de su membresía en el plan</i> .....	217
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan.....	218
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....	218
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? .....	221
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	222
SECCIÓN 5	MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones .....	222
<b>CAPÍTULO 11:</b>	<i>Avisos legales</i> .....	224
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable .....	225
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación .....	225
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare .....	225
<b>CAPÍTULO 12:</b>	<i>Definiciones de palabras importantes</i> .....	227

# CAPÍTULO 1:

## *Introducción como afiliado*

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO), que es una PPO de Medicare</b>
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

MVP Medicare WellSelect Plus 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.

**La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

<b>Sección 1.3</b>	<b>¿De qué trata el manual <i>Evidencia de cobertura</i>?</b>
--------------------	---

Este manual de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica y medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como afiliado del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles para usted como asegurado de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un tiempo a revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

**Sección 1.4 Información legal sobre la Evidencia de cobertura**

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

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 WellSelect Plus con Parte D (PPO) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como afiliado de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan, y que Medicare renueve su aprobación del plan.

---

**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser afiliado del plan?**

---

**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B
- --y-- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si están físicamente ubicadas en ella.
- --y-- sea ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos



**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

**Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)**

MVP Medicare WellSelect Plus 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 el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Nueva York: Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de nuestro plan. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

**Sección 2.3 Ciudadano de EE. UU. o presencia legal**

Un afiliado de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) si usted no es elegible para seguir siendo un afiliado de este modo. MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

---

**SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**

---

**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea afiliado de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía para nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrarle

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea afiliado de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de MVP Medicare WellSelect Plus 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 su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare, y le enviaremos una nueva tarjeta.

### Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, cuando no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

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

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

### Sección 3.3 Directorio de Farmacia

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir recetas cubiertas para los afiliados de nuestro plan. Puede usar 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 del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**.

### Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*. La llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar. Informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO).

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

Brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que le brindamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros afiliados más utilizan. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (**mvphealthcare.com**) o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

---

**SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)**

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (Sección 4.5)

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

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre estos programas. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Evidencia de cobertura** no se aplique a su caso. Le enviamos un manual por separado, denominado "Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta" (también conocido como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este manual, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite la "Cláusula LIS".

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 2023*, la sección denominada "Costos de Medicare 2023". Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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.

<b>Sección 4.1 Prima del plan</b>
-----------------------------------

Como afiliado de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) es de \$134.00.

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****Algunos 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 para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los afiliados que no son elegibles para la Parte A sin prima.

**Sección 4.3 Prima de beneficio complementario opcional**

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios complementarios opcionales”, entonces paga una prima adicional cada mes por estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para obtener detalles.

**Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D**

Algunos afiliados deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D.** La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en el que no tenía cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. “Cobertura de medicamentos con receta acreditable” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta 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 WellSelect Plus con Parte D (PPO), le informamos la cantidad 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 “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. 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 es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
  - **Aviso:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se espera que pague tanto como paga el plan de medicamentos 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 con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tenía cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país, tomada del año anterior. Para 2022, esta cantidad promedio de la prima fue de \$33.37. Esta cantidad puede cambiar en 2023.
- Para calcular su multa mensual, multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego la redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería el 14 % por \$33.37, lo que equivale a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

- En segundo lugar, **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.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de 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 indicando 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.

<b>Sección 4.5</b>	<b>Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos</b>
--------------------	--

Es posible que algunos afiliados deban pagar un cargo adicional, conocido como Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, también conocido como 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 el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuál será esa cantidad 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 su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una

**Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

---

**SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**

---

<b>Sección 5.1 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan</b>
---

Hay 4 formas en las que puede pagar la prima de su plan. Cuando se inscribe, su solicitud le proporciona opciones para que seleccione su método de pago.

**Opción 1: Pago con cheque**

Puede elegir pagar la prima mensual de su 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 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](http://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 pago 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.



## **Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

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 1-844-712-6100 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: Puede hacer que se deduzca la prima de su plan de su cheque mensual del Seguro Social**

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

### **Qué hacer 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 pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para ver si podemos dirigirlo a programas que le ayudarán con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque usted no pagó la prima de su plan, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (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).

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

En el momento en que finalicemos su membresía, es posible que aún nos adeude las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de la cantidad que usted adeude. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad que adeude antes de poder inscribirse.

Si cree que hemos finalizado su membresía de manera indebida, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y le impidió pagar la prima de su plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento se indica cómo presentar una queja, o puede llamarnos al **1-800-933-3920, ext. 48037**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que finaliza su membresía.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No se nos permite cambiar la cantidad que cobramos por 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 el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si es elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un afiliado califica para recibir "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del afiliado. Un afiliado que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

---

## **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 del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su**

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

**registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

### Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

---

## SECCIÓN 7      Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

---

### Otro seguro

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga 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 seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información

## Capítulo 1 Introducción como afiliado

---

detenidamente. Si es correcto, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de afiliado del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), Medicare establece reglas que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado "pagador secundario", solo paga si hay costos que no están 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 su familiar aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.

Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro del automóvil)
- Beneficios para el pulmón negro
- Compensación de los trabajadores

## **Capítulo 1 Introducción como afiliado**

---

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 importantes*

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

---

**SECCIÓN 1**      Contactos de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)  
(cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare)

---

**Cómo comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare**

Para obtener asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de afiliados, llame o escriba al Centro de Atención al Cliente de Medicare de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). Estaremos felices de poder ayudarlo.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p> <p>El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>FAX</b>	585-327-2298
<b>ESCRIBIR</b>	<p>MVP Health Care - Centro de Servicios a los Afiliados</p> <p>220 Alexander Street</p> <p>Rochester, NY 14607</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a>



**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura y apelaciones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>FAX</b>	585-327-2298
<b>ESCRIBIR</b>	<p>MVP Health Care - Centro de Servicios a los Afiliados 220 Alexander Street Rochester, NY 14607</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la atención médica - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>ESCRIBIR</b>	<p>MVP Health Care - Departamento de Apelaciones de Afiliados PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<p>Puede presentar una queja sobre MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>.</p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que ha recibido**

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 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago - Reclamaciones de la Parte C - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, llámenos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.</p>
<b>ESCRIBIR</b>	<p>MVP Health Care PO Box 2207 625 State Street Schenectady, NY 12301</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a></p>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago - Reclamaciones de la Parte D - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-494-8829 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
<b>TTY</b>	Marque 711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al cliente de CVS/Caremark es las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
<b>ESCRIBIR</b>	CVS/Caremark PO Box 2110 Pittsburgh, Pensilvania 15230-2110
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a>

---

## **SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal 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 es los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia tiene contrato con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nosotros.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Medicare</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Medicare</b>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048</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>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, residencias de ancianos, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li> <li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja sobre MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li> </ul>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Medicare</b>
	Si no tiene una computadora, es posible que su biblioteca local o centro para personas mayores pueda ayudarlo a visitar este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar 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.

---

### **SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. Esta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud en cada estado en el que prestamos servicios:

- En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia Sobre Información de Seguro de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes****MÉTODO PARA ACCEDER AL ENVÍO y OTROS RECURSOS:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Haga clic en “**Hablar con alguien**” en el medio de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones
  - Opción n.º 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción n.º 2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

<b>Método</b>	<b>Programa de información, asesoramiento y asistencia sobre seguros de salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York) - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>ESCRIBIR</b>	Puede llamar al número que figura arriba para encontrar la dirección de su asesor local de HIICAP.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>

**SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad**

Existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado.

- Para Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO.

Livanta BFCC-QIO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben pago de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta BFCC-QIO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta BFCC-QIO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura para su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta BFCC-QIO, Región 2 - (Organización para la Mejora de la Calidad de Nueva York) - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-866-815-5440 De lunes a viernes: 9:00 a. m. - 5:00 p. m. Se encuentra disponible el servicio de correo de voz las 24 horas
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 De lunes a viernes, de 9:30 a. m a 5:00 p. m. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBIR</b>	Programa Livanta BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	livantaqio.com/en

---

## **SECCIÓN 5 Seguro Social**

---

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional por su 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 la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.



**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social - información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.</p>
<b>TTY</b>	<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 lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

---

**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. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus 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 (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Específico con Bajos Ingresos Plus de Medicare Beneficiary Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB Plus):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con calificación Beneficiario Específico con Bajos Ingresos (Specified Low-Income Beneficiary, SLMB) también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

- **Persona que califica (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 sus programas, comuníquese con Medicaid del estado de Nueva York.

<b>Método</b>	<b>Programa Medicaid de Nueva York - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-541-2831
<b>ESCRIBIR</b>	Departamento de Salud del Estado de Nueva York Torre Corning Plaza Empire State Albany, NY 12237
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

---

## **SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta**

---

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas para ayudar, que se describen a continuación.

### **Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare**

Medicare proporciona “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si reúne los requisitos, recibe ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar sus primas y costos de medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048; atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que ha calificado para "Ayuda adicional" y que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Envíe una carta a MVP Health Care, Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare, 220 Alexander Street, Rochester, NY 14607, en la que describa por qué cree que reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional. Incluya todas las cartas que recibió.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lleva su copago como una deuda que usted debe, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, 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) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), igualmente obtiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El descuento

## Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

del 70 % y el 5 % pagados por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

### ¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

#### ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta.

- En Nueva York, el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) es el Programa de Atención del VIH para No Asegurados del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

**Aviso:** Para ser elegible para el ADAP que opera 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 trabajador de inscripción local del programa ADAP para poder continuar recibiendo asistencia. 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 algunas personas a pagar los medicamentos con receta en función de la necesidad financiera, la edad, una afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Esta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica en cada estado en el que prestamos servicios:

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

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>EPIC (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de Nueva York) - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del Este.
<b>TTY</b>	1-800-290-9138 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBIR</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.state.ny.us/health_care/epic">www.health.state.ny.us/health_care/epic</a>

---

**SECCIÓN 8      Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario**

---

La Junta de Retiro Ferroviario 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 para Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda de RRB automatizada y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	gobernador de reborde/

---

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

---

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare 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). (Los números de teléfono del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

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

# CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus servicios  
médicos*

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

---

**SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como afiliado a nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que debe saber sobre el uso del plan para obtener su atención médica cubierta. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

**Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “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. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente 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 del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

**Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan**

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



## Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **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 a nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

Los proveedores de nuestra red se enumeran en el *Directorio de proveedores*.

Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor.

Tenga en cuenta lo siguiente: 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      **Cómo usar proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede elegir un Proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y supervise su atención médica</b>
--------------------	---

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

### **Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

La función de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) incluye el manejo 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 de rutina y preventivos. 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**. 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**

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que encontrar un nuevo PCP en nuestro plan. Puede elegir un PCP diferente usando el Directorio de proveedores o recibiendo ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede acceder al Directorio de proveedores en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**. Una vez que conozca el nombre de un médico que desea consultar, confirme que este acepta nuevos pacientes y luego comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare con el nombre de su nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigencia de inmediato.

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos****Sección 2.2      ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?**

Puede obtener 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 de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no es posible acceder a él. 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 dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para 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
- Atención Quiropráctica

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos****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. Estos son algunos ejemplos:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer.
- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de ortopedistas para 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 avanzada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted, o su proveedor, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea que 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 derive 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.

**¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?**

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red con autorización previa.
- Si sabe que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que maneje 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 manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja sobre la calidad de la atención al 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, tenga en cuenta que 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.** Estas son otras 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 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.

## Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- 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, es recomendable que 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 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
  - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o no fueron médicamente necesarios, podremos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero al 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 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- 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 para obtener más información sobre estas situaciones.

---

### SECCIÓN 3      **Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre**

---

<b>Sección 3.1      <b>Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica</b></b>
---

#### **¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?**

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

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un 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:

- **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 del mundo, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer 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.

#### Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

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

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

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

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido 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 a una atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que después de todo no fue una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* 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.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios</b>
--------------------	--

### ¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia, que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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](http://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 su plan.

Visite el siguiente sitio web: En Nueva York, [www.health.ny.gov/environmental/emergency/](http://www.health.ny.gov/environmental/emergency/) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

---

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

---

**Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos**

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 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total**

MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos, en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado su beneficio para ese

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

tipo de servicio cubierto. Estos servicios no contarán para el máximo de gastos de bolsillo 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      ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa 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.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en el estudio.

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. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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 desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

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

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?</b>
--------------------	--

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 haya pagado 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 recibe como parte del estudio que pagaría si recibiera estos servicios 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.

*Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* Supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que 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 los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, debería notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación, como, por ejemplo, una factura del proveedor al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como, por ejemplo, una factura del proveedor.

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

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requerirá solo una tomografía computarizada.

**¿Quiere obtener más información?**

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies”. (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) También puede llamar 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.

---

**SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención médica no médica”**

---

**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención médica no médica?**

Una institución religiosa de atención médica 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, proporcionaremos cobertura para la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención médica no médicos).

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

Para recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone a conciencia a recibir tratamiento médico que “no está exento”.

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- El tratamiento o la atención médica “no exceptuada” es cualquier tratamiento o atención médica que sea voluntaria y *no requerida* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “excluido” es la atención médica o el tratamiento que usted 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 médica no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a 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 hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
  - – y – debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

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

---

## SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

---

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

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 su uso en el hogar. El afiliado siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

### **Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

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. Sin embargo, como afiliado a MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO), por lo general no será propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya pagado por el artículo mientras es afiliado a nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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

Ejemplo 2: Usted efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a inscribirse en Original Medicare para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

### **Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**

#### **¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

- 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 WellSelect Plus con Parte D (PPO) o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, entonces 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 cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por oxígeno). Después de cinco años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

# CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos  
(qué está cubierto y qué debe pagar)*



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

---

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

---

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como afiliado a MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

<b>Sección 1.1      Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos</b>
---

Para comprender la información sobre el pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“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 en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **“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 en la Sección 2 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) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

<b>Sección 1.2      Nuestro plan tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios de proveedores de la red</b>
---

Tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene una cantidad de deducible para ciertos servicios. Hasta que haya pagado la cantidad del deducible, debe pagar el costo total de los servicios dentales integrales. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, y usted pagará su parte. El cuadro de beneficios de la Sección 2 muestra los

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

deducibles de la categoría de servicio.

**Section 1.3****¿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 dos límites diferentes en lo que tiene que pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red** es de \$6,500. 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 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. (Las cantidades que usted paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal dentro de la red. Estos servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$6,500 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún costo de desembolso personal durante el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores de la 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 paguen su prima de la Parte B).
- Su cantidad máxima de desembolso personal **combinada** es de \$11,300. 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 paga por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal combinada. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal combinada. Estos servicios se describen en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$11,300 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).

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)****Sección 1.4      Nuestro plan también limita sus costos de desembolso personal 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.

El 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 \$1,650. Una vez que haya pagado \$330 por día durante los primeros 5 días (un total de \$1,650) por una hospitalización, 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 las hospitalizaciones se aplican a su hospitalización cubierta. Esto significa que una vez que haya pagado \$6,500 por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B o \$1,650 por su hospitalización, el plan cubrirá su hospitalización sin costo alguno para usted durante el resto de su estancia en el hospital.
- Nuestra cantidad máxima de desembolso personal para servicios de salud mental para pacientes internados es de \$1,650. Una vez que haya pagado \$330 por día durante los primeros 5 días (un total de \$1,650) por salud mental para pacientes hospitalizados, el plan cubrirá estos servicios sin costo alguno para usted durante el resto de su estadía como paciente hospitalizado. 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 \$6,500 por los servicios médicos de la Parte A y la Parte B o \$1,650 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 1.5      Nuestro plan no permite a los proveedores “facturarle el saldo”**

Como afiliado a MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su cantidad de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar

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

cargos adicionales por separado, lo que se denomina “facturación de 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); entonces 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); entonces nunca paga una cantidad mayor que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - 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 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.

---

**SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará usted**

---

<b>Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como afiliado al plan</b>
--

El Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas enumera los servicios que MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) cubre y lo que usted paga como desembolso personal por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta 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 los siguientes requisitos de cobertura:

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

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluye la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* como servicio dentro de la red si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa") de MVP MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO).

Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están cubiertos como servicio dentro de la red marcados con un pie de página en el Cuadro de beneficios médicos.

Nunca necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

- 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 recibe los 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 recibe los 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

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


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 2023*. Puede verlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando 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.

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, 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 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Tenga en cuenta lo siguiente:</b> Cuando recibe servicios ambulatorios, el costo compartido que se indica a continuación en este Cuadro de beneficios médicos generalmente se aplica a cada servicio que recibe, incluidos múltiples servicios del mismo proveedor o múltiples reclamaciones relacionadas con el mismo servicio. Por ejemplo, si realiza una visita al consultorio y su médico solicita análisis de laboratorio de diagnóstico y servicios de radiología, es posible que se aplique un costo compartido a cada servicio. Si se somete a una cirugía ambulatoria, es posible que se aplique un costo compartido al cargo del centro y al cargo del médico.</p>	
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación para ello de su médico, asistente médico, personal de enfermería practicante o especialista en enfermería clínica</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que duren 12 semanas o más;</li> <li>• no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no asociado con la cirugía; y</li> <li>• no asociado con el embarazo.</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b></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)**




<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos 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><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</b></p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b></p> <p>Existe un coseguro del 50 % por visita no asociada con un diagnóstico de dolor lumbar crónico.</p> <p>El coseguro de acupuntura para un diagnóstico que no sea dolor lumbar crónico no se aplica a su cantidad máxima de desembolso personal.</p>
<p><b>Acupuntura para diagnóstico de otra afección que no sea dolor lumbar crónico</b></p> <p>La práctica de insertar agujas en el cuerpo para reducir el dolor</p> <p><b>Hasta un máximo de 10 visitas por año calendario</b></p>	





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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia fija, rotativa y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención solo si se proporcionan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza.</li> <li>• El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la afección del miembro 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.</li> <li>• El plan cubrirá solo el costo al centro apropiado más cercano. Usted es financieramente responsable de todos los costos adicionales si usted o su representante solicitan transporte en ambulancia a cualquier otro centro, por cualquier motivo.</li> <li>• También se pueden cubrir servicios de Paramedic Intercept Services (PIS). PIS son Servicios Avanzados de Soporte Vital que son independientes del transporte en ambulancia. Según las pautas de Medicare, estos servicios solo están cubiertos si las tres condiciones siguientes existían en el momento del servicio: (1) se proporcionaron en un área "rural" (según los CMS o su estado); (2) el PIS se proporcionó en virtud de un contrato con una ambulancia voluntaria</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b></p> <p>\$175 de copago para cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>\$300 de copago para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada servicio de Paramedic Intercept cubierto por Medicare</p>
<p><b>Examen físico de rutina anual</b></p> <p>Cubrimos un examen físico de rutina por año calendario.</p> <p>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>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico de rutina anual.</p>



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Aviso:</b> Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>
<p> <b>Densitometría ósea</b></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>No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></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. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$60 de copago por cada servicio cubierto por Medicare</p>
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo sano.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> <b>Pruebas de enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p> <p>El electrocardiograma (EKG) inicial y las pruebas preventivas anuales están cubiertos para las personas que están en riesgo. Luego de llegar a un diagnóstico, las pruebas están cubiertas según lo solicite un médico; se aplicará un copago.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer cervical y vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</li> <li>• La terapia quiropráctica de mantenimiento que no cumple con los criterios de Medicare no está cubierta</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$10 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses</li> </ul> <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de sangre oculta en heces basado en guayacol (gFOBT)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT)</li> </ul> <p>Detección colorrectal basada en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de selección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de selección</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: Servicios dentales preventivos e integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto que el plan paga por los servicios cubiertos se basa en el beneficio máximo permitido para cada servicio.</li> <li>• No reembolsamos a los odontólogos los cargos que superen la cantidad permitida. Un odontólogo dentro de la red no le cobrará ningún saldo por los servicios cubiertos más allá del monto de su coseguro. Sin embargo, los odontólogos fuera de la red pueden facturarle cualquier saldo que supere la cantidad permitida además de cualquier cantidad de coseguro.</li> <li>• Si su odontólogo cobra más que el beneficio máximo permitido por cada servicio, es posible que deba pagar la diferencia.</li> <li>• Usted es responsable del 100 % de todos los cargos que excedan el beneficio máximo permitido por servicio.</li> <li>• MVP reembolsará al proveedor (o a usted, si ya le pagó al proveedor) los cargos facturados hasta el beneficio máximo pagadero por servicio cubierto.</li> <li>• Puede consultar a cualquier odontólogo.</li> <li>• No se aplican períodos de espera para los servicios cubiertos.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago por todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$60 de copago por todos los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado a códigos dentales específicos (se aplican exclusiones) y pueden aplicarse limitaciones en la cantidad de servicios cubiertos dentro de una categoría de servicio.</li> <li>• Cuando recibe servicios de un proveedor fuera de la red, usted es responsable de realizar el pago a su odontólogo y presentar una reclamación ante nosotros. Debe enviarnos su reclamación dental dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio. Si tiene alguna pregunta sobre qué pagarle a un proveedor o a dónde enviar una reclamación impresa, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si visita a un odontólogo que no participa en la red de Dentemax, es posible que deba pagar más. Es posible que el odontólogo le facture por costos adicionales si lo que cobra es superior al monto máximo del beneficio pagadero para servicios preventivos cubiertos por el plan.</li> </ul> <p><b>Atención dental preventiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este beneficio puede utilizarse para 2 exámenes bucales, 2 profilaxis preventivas para adultos (limpiezas) y 2 conjuntos de radiografías preventivas por año calendario.</li> <li>• Por lo general, sus costos serán más bajos si recibe tratamiento de un odontólogo que participa en la red Dentemax. Los odontólogos de la red de Dentemax aceptan el monto máximo de beneficio pagadero por el plan para los servicios preventivos como pago total. No se le facturarán costos adicionales por servicios preventivos que están cubiertos por el plan.</li> </ul>	<p><b>Atención dental preventiva:</b></p> <p>Usted está cubierto para 2 exámenes bucales, 2 profilaxis preventivas para adultos (limpiezas) y 2 conjuntos de radiografías preventivas por año calendario.</p> <p>Los servicios facturados se pagan contra una lista de cargos establecida (monto permitido).</p> <p>Cualquier monto que pague por servicios dentales preventivos no cuenta para su asignación máxima dental integral ni para la</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su deducible anual dentro y fuera de la red es de \$100. Este es el monto que debe pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios dentales cubiertos. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios dentales cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios dentales cubiertos y usted pagará su parte (monto del coseguro) durante el resto del año calendario hasta que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,000 para los servicios dentales cubiertos dentro y fuera de la red. Una vez que se alcanza este monto máximo de beneficio, usted es responsable del 100 % del costo de los servicios dentales dentro y fuera de la red, y los proveedores dentales pueden facturarle el saldo si los cargos superan el monto permitido.</li> </ul> <p><b>Exclusiones en virtud del beneficio dental integral:</b></p> <p><i>No proporcionaremos beneficios para ninguna de las siguientes afecciones, tratamientos, servicios, suministros o adaptaciones, incluidas las complicaciones o consecuencias directas que surjan de ellas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Procedimientos dentales estéticos: servicios y suministros proporcionados en relación con procedimientos dentales que son principalmente estéticos, incluido el blanqueamiento de dientes y carillas labiales.</i></li> <li>• <i>Anestesia: no proporcionaremos cobertura para las siguientes formas de anestesia: local; bloqueo regional; bloqueo de división Trigem; analgesia local; sedación intravenosa; y sedación consciente no intravenosa.</i></li> <li>• <i>Unión y férula</i></li> </ul>	<p>cantidad máxima de desembolso personal.</p> <p><b>Servicios dentales integrales:</b></p> <p>El beneficio se limita a un máximo de \$1,000 por año calendario para beneficios dentro y fuera de la red.</p> <p>Hay un deducible de \$100 por año calendario.</p> <p>Usted paga el 20 % de la cantidad permitida después del deducible por servicios dentales de diagnóstico (exámenes de diagnóstico, radiografías de diagnóstico, restauraciones de amalgama, relleno de resina y restauraciones</p>

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




<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Consultas</i></li> </ul> <p><b>Servicios dentales (continuación)</b></p> <p><b>Exclusiones en virtud del beneficio dental integral (continuación):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Servicios cosméticos: no proporcionaremos cobertura para servicios dentales que sean principalmente para fines cosméticos o estéticos y que no sean médicamente necesarios.</i></li> <li>• <i>Flúor</i></li> <li>• <i>Procedimientos de injerto</i></li> <li>• <i>Medicamentos y suministros: los cargos relacionados con medicamentos, incluidos los medicamentos para llevar a casa, los medicamentos previos, las inyecciones terapéuticas de medicamentos y los suministros asociados con los servicios dentales, no están cubiertos.</i></li> <li>• <i>Programas de higiene oral: no proporcionaremos cobertura para capacitación o suministros utilizados para: asesoramiento dietético, asesoramiento sobre consumo de tabaco, higiene oral o programas de control de placa.</i></li> <li>• <i>Servicios de ortodoncia</i></li> <li>• <i>Procedimientos para aumentar la dimensión vertical: no proporcionaremos cobertura para procedimientos, restauraciones y aparatos para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión.</i></li> <li>• <i>Reemplazo de dispositivos protésicos: no proporcionaremos cobertura para el reemplazo de un dispositivo protésico perdido, faltante o robado. No proporcionaremos cobertura para el reemplazo de un dispositivo protésico para el cual se proporcionaron beneficios en virtud de este beneficio, a menos que la prótesis existente se haya colocado hace más de cinco años y no pueda ser reparada.</i></li> </ul>	<p>compuestas) dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 20 % de la cantidad permitida después del deducible para cirugía bucal (extracciones simples, extracciones óseas parciales y completas, y extracciones quirúrgicas) dentro y fuera de la red.</p> <p><b>Servicios dentales integrales (continuación):</b></p> <p>Usted paga el 50 % de la cantidad permitida después del deducible por endodoncia (tratamiento de conducto, terapia de endodoncia y apicectomía) dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted paga el 50 % de la cantidad permitida después del deducible por servicios de periodoncia (raspado, alisado radicular y mantenimiento periodontal) dentro y fuera de la red.</p>



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Implante y trasplante de dientes, incluidas las coronas con soporte y cualquier atención asociada para la colocación del implante.</i></li><li>• <i>Selladores</i></li></ul>	<p>Usted paga el 50 % de la cantidad permitida después del deducible para prostodoncia (coronas, dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas parciales temporales y puentes fijos) dentro y fuera de la red.</p> <p>La ortodoncia no es un beneficio cubierto.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Exámenes de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes 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 sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> <b>Capacitación de autogestión de la diabetes, servicios y suministros diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (consuman o no consuman insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en 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 sangre deben adquirirse de un fabricante preferido (FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy). Los monitores de tiras reactivas de fabricantes no preferidos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$0 de copago por artículo por cada suministro para 30 días de tiras de prueba de glucosa en sangre de marca FreeStyle, OneTouch, Precision y Prodigy, o tiras reactivas no preferidas que tengan autorización previa.</p> <p>\$0 de copago por suministros para</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>no están cubiertos a menos que exista una autorización <b>previa de MVP.</b></p> <p><b>Capacitación de autogestión de la diabetes, servicios y suministros diabéticos (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las personas con diabetes que tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> </ul>	<p>diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada monitor de glucosa continuo cubierto por Medicare.</p> <p><b>Dentro de la red (continuación):</b></p> <p>\$0 de copago por cada suministro de monitor de glucosa continuo cubierto por Medicare.</p> <p>5% de coseguro para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>5% de coseguro para plantillas para calzado moldeadas a medida relacionadas con la diabetes (debe usarse con calzado para diabéticos).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro del costo de los suministros para diabéticos.</p> <p>40 % de coseguro para zapatos terapéuticos relacionados con la diabetes.</p> <p>40 % de coseguro para plantillas moldeadas personalizadas</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>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><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3 de la Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas 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 tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo en especial para usted. Para ver la lista más reciente de proveedores, utilice la herramienta <i>Find a Doctor</i> en nuestro sitio web visitando <a href="http://mvphealthcare.com/members/find-a-doctor">mvphealthcare.com/members/find-a-doctor</a>.</p> <p>Los artículos no cubiertos incluyen: pero no se limitan a: pelucas, filtros de aire, aires acondicionados, asientos de la bañera, deshumidificadores, elevadores, medias quirúrgicas</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></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><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare y suministros relacionados.</p>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>elásticas, equipos de ejercicios, incluidas bicicletas de ejercicios y cintas caminadoras, barras de agarre, compresas para la incontinencia, camas hospitalarias institucionales, incluidas las oscilantes, tramas de circulación y Stryker, sobre las mesas de 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 <a href="http://mvphealthcare.com/members/medicare">mvphealthcare.com/members/medicare</a>, luego haga clic en <i>Forms/Resources and Claims &amp; Reimbursement Forms</i>. Además, puede comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.</p>	<p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20 % todos los meses.</p> <p>Después de 36 meses, su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0. El costo compartido original se reanudará después de 5 años.</p>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</b></p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca son adecuados para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>)</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>Si antes de inscribirse en MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) usted había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) es de \$0.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ser proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y</li> <li>• Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <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 extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Tiene cobertura en todo el mundo para atención de emergencia/urgencia.</p> <p>Comuníquese con su PCP para ayudar a coordinar la atención de seguimiento.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b></p> <p>\$95 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>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 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</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.
<p> <b>Programas de educación sobre salud y bienestar</b></p> <p><b>Programas Living Well:</b> 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, vivir con artritis, talleres de prevención de caídas, manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva y Programa de revisión de medicamentos.</p> <p><b>Membresía SilverSneakers®:</b> SilverSneakers puede ayudarlo 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 participantes<sup>1</sup>. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas<sup>2</sup>. En las sucursales participantes de todo el país<sup>1</sup>, puede tomar clases<sup>2</sup> 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 nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. Además, obtiene acceso a GetSetUp<sup>3</sup>, con miles de clases en línea en vivo para despertar sus intereses en temas como cocina, tecnología y arte. Todo lo que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ETC.</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 SilverSneakers®.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)****Servicios que están cubiertos para usted****Lo que debe pagar**  
cuando recibe estos  
servicios**Siempre consulte a su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.****Programas de educación sobre salud y bienestar físico (continuación)****Membresía SilverSneakers® (continuación)**

1. Las ubicaciones participantes ("PL") no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni de sus afiliadas, ni son operadas por estas. El uso de instalaciones y servicios de PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de PL. Las instalaciones y servicios varían según PL.
2. La membresía incluye clases de bienestar físico grupales dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.
3. GetSetUp es un proveedor externo de servicios y no es propiedad de Tivity Health, Inc. ("Tivity") o de sus afiliadas, ni es operado por estas. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder a los servicios de GetSetUp. Los cargos por servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Pueden aplicarse cargos por el acceso a ciertas clases o funcionalidades de GetSetUp.

SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers LIVE, SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas comerciales de Tivity

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



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Health, Inc. © 2022 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p><b>Administración de la atención:</b> nuestros programas de administración de la atención pueden ayudarle a mantener su salud con afecciones crónicas como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y cáncer.</p> <p><b>Línea de asesoramiento de enfermeros las 24 horas del día, los 7 días de la semana:</b> disponible los 7 días de la semana para responder sus preguntas médicas.</p> <p><b>Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare</b></p>	<p>del día, los 7 días de la semana.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></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><b>Examen de audición:</b></p> <p>1 examen de audición de rutina por año.</p> <p><b>Audífonos:</b></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><b>Examen de audición:</b></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><b>Audífonos:</b></p> <p>Usted paga solo \$699 por TruHearing Advanced.</p> <p>Usted paga solo \$999 por TruHearing Premium.</p> <p>O BIEN</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<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 de que el Plan haya pagado el beneficio, usted es responsable del costo restante.*</p> <p>Debe consultar a un proveedor de TruHearing para usar este beneficio. Llame al <b>1-855-544-7163</b> para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer año de visitas de seguimiento al proveedor</li> <li>• Período de prueba de 60 días</li> <li>• Garantía extendida de 3 años</li> <li>• Suministro de baterías para 3 años por audífono para modelos no recargables</li> </ul>	<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 ajuste/evaluaciones de audífonos de TruHearing.</p> <p>Los costos de los audífonos no se aplican a su cantidad máxima de desembolso personal.</p>
<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></p>	
<p><b>Audífonos (continuación):</b></p>	
<p>El beneficio no incluye ni cubre ninguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos de venta libre (OTC)</li> <li>• Moldes de oído</li> <li>• Accesorios para audífonos</li> <li>• Visitas adicionales al proveedor</li> <li>• Baterías adicionales; baterías cuando se compra un audífono recargable</li> <li>• Audífonos que no están en el formulario de productos TruHearing correspondiente</li> <li>• Costos asociados con reclamos de garantía por pérdidas y daños</li> </ul>	


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>*Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</b></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"> <li>• Diabetes. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los pacientes con diabetes tendrán un costo compartido reducido en todas las consultas de podiatría de rutina, según sea necesario.</li> <li>○ 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"> <li>▪ El corte o la extracción de callos y callosidades</li> <li>▪ Corte, recorte o desbridamiento de uñas, incluido el desbridamiento de uñas micóticas</li> <li>▪ Afeitado, recorte, corte o extirpación de queratomas, tiromas y helomas</li> <li>▪ Tratamientos paliativos simples no definitivos, como rasurado o recorte de verrugas plantares que no requieren cauterización térmica o química y curetaje</li> <li>▪ Otros cuidados de mantenimiento higiénicos y preventivos, como limpiar y remojar los pies, el uso de cremas para la piel para 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</li> </ul> </li> <li>○ Es posible que usted sea responsable del costo compartido de los servicios de</li> </ul> </li> </ul>	<p>Paga \$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)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>podología si se prestan servicios adicionales durante una visita de podología de rutina.</p> <p><b>Ayuda con determinadas afecciones crónicas (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidente cerebrovascular <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los pacientes que hayan tenido un accidente cerebrovascular pueden obtener dispositivos de seguridad y asistencia para el baño aprobados. Todos los artículos deben adquirirse en DME Supply USA y deben estar en nuestra lista aprobada.</li> </ul> </li>   <li>• Hipertensión <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tiene una asignación de hasta \$250 por año para dispositivos de seguridad y asistencia para el baño, si tiene un diagnóstico de accidente cerebrovascular confirmado.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un brazalete del esfigmomanómetro por año, si tiene un diagnóstico confirmado de hipertensión.</p>
<p> <b>de detección de VIH ""</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de selección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Agencia de salud en el hogar</b></p> <p>Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y solicitará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud 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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio combinados deben tener un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</li><li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li><li>• Servicios médicos y sociales</li><li>• Suministros y equipos médicos</li></ul> <p><b>Se podría solicitar una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por visitas de atención médica en el hogar cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40% de coseguro por fecha de servicio</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de infusión en el hogar</b></p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en el 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• 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</li> </ul> <p><b>Se podría solicitar una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>20 % de coseguro 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><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare.</p> <p>40 % de copago 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>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>Los suministros están cubiertos en su totalidad cuando son médicamente necesarios y son proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar.</p>
<p><b>Atención de hospicio</b></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 su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en los que tiene 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos para el control de los síntomas y el alivio del dolor</li> <li>• Atención de relevo a corto plazo</li> <li>• Atención en el hogar</li> </ul> <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para servicios de hospicio y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> 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.</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 terminal, no MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO).</p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$0 de copago por servicios de consulta en un hospicio</p>




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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare pague. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p><u>Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están 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"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.</li> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el monto de costo compartido del plan por los servicios fuera de la red.</li> </ul> <p><u>Para los servicios cubiertos por MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> MVP Medicare WellSelect Plus 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 de participación en los costos de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, 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 por hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).</p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidados paliativos (continuación)</b></p> <p><b>Aviso:</b> Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Vacuna contra la COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Las inmunizaciones requeridas para seguros, licencias, empleo, matrimonio o escuelas no están cubiertas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> Es posible que se aplique \$0 de copago para el Proveedor de Cuidado Primario o \$45 para el especialista para otras vacunas.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Es posible que se aplique \$5 de copago para el Proveedor de Cuidado Primario o \$50 para el especialista para otras vacunas.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Hospital para pacientes internados</b></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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería regulares</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios)</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos operativos y de la sala de recuperación</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$330 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><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro por admisión</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	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><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o 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 WellSelect Plus 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.</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de eritrocitos comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita. Todos los demás componentes de la sangre también están cubiertos a partir de la primera pinta usada.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Aviso:</b> Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$330 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</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
	<p>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><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro por admisión</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)</li> <li>• Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona permanentemente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.</li> <li>• 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</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> </ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$0 de copago por cada visita al médico de atención primaria por visitas de servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$45 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50 de copago para radiografías y ultrasonidos cubiertos 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>\$20 de copago por servicios de terapia física, del habla u ocupacional (se aplican límites de terapia)</p>





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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</b></p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$5 de copago por cada visita al médico de atención primaria por visitas de servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$60 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>40 % de coseguro para ecografías cubiertas 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 DME, ortopedia, prótesis y suministros relacionados.</p> <p>\$60 de copago por servicios de terapia física, del habla u</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	ocupacional (se aplican límites de terapia)

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Comidas</b></p> <p>Después del alta hospitalaria para pacientes internados, cubrimos hasta 14 comidas nutritivas durante un período de 7 días para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales y recuperarse. Las comidas se entregarán en su hogar y deben ser del proveedor aprobado por el plan.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p>\$0 de copago para comidas entregadas a domicilio después del alta hospitalaria para pacientes internados</p>
<p> <b>Terapia de nutrición médica</b></p> <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 personalizado durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare MDPP</b></p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></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>Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></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</p>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	profesional de atención médica. Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio.

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan</li><li>• Factores de coagulación que se autoadministra mediante inyección si tiene hemofilia</li><li>• Fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano</li><li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada a su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento</li><li>• Antígenos</li><li>• Determinados fármacos orales contra el cáncer y contra las náuseas</li><li>• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen<sup>®</sup>, Procrit<sup>®</sup>, Epoetin Alfa, Aranesp<sup>®</sup> o Darbepoetin Alfa).</li><li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li></ul> <p>La terapia escalonada puede aplicarse a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.</p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran 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> <b>Examen de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</b></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. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen preventivo de detección de obesidad y la terapia.</p>
<p><b>Servicios de programas para el tratamiento por consumo de opiáceos</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.</li> <li>• Entrega y administración de medicamentos MAT (si corresponde)</li> <li>• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b> Hay un copago de \$45 por servicios del programa de tratamiento con opioides.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Hay un copago de \$60 por servicios del programa de tratamiento con opioides.</p>



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pruebas de toxicología</li><li>• Actividades de admisión</li><li>• Evaluaciones periódicas</li></ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radioterapia (radio e isótopo), incluidos materiales y suministros técnicos (puede aplicarse un copago por visita al consultorio)</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como vendajes</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la 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.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> </ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$50 de copago para radiografías y ultrasonidos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$125 de copago por cada Resonancia magnética por imagen (RMI), Tomografía computarizada (TC) o tomografía por emisión de positrones (TEP) cubierta por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por radioterapia (puede aplicarse un copago por visita al consultorio).</p> <p>\$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>\$10 de copago por procedimientos diagnósticos ambulatorios o pruebas cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$60 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p>	<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 ecografías cubiertas por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red (continuación):</b></p> <p>40% de coseguro por radioterapia (puede aplicarse un copago por visita al consultorio).</p> <p>40 % de coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>40 % de coseguro por procedimientos diagnósticos ambulatorios o pruebas cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de sangre.</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$250 de copago por cada estadía ambulatoria en</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<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><b>Aviso:</b> 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 participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 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, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>observación en el hospital.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 40 % de coseguro por cada estadía ambulatoria en observación en el hospital.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b></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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b> \$95 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• 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</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como férulas y yesos</li> <li>• Determinados fármacos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo</li> </ul>	<p>\$0 de copago por exámenes de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$250 de copago por servicios de observación.</p> <p>\$250 de copago por cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$175 de copago por la atención en un centro quirúrgico ambulatorio certificado.</p>
<p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p> <p><b>Aviso:</b> 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 participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>\$45 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><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al</p>	<p><b>Dentro de la red (continuación):</b></p> <p>\$50 de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare</p> <p>\$50 de copago para radiografías y ultrasonidos cubiertos por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$125 de copago 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>\$0 de copago por exámenes de detección y servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></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>\$50 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</b></p>	<p><b>Fuera de la red (continuación):</b></p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	<p>40 % de coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>40 % de coseguro por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare</p> <p>\$60 de copago para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>40 % de coseguro para ecografías cubiertas por Medicare.</p> <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><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$40 de copago por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago por cada visita de terapia</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
	individual/grupal cubierta por Medicare.



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos servicios
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por día para visitas de terapia.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$60 de copago 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><b>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>En los casos de abuso de sustancias o adicción, se brindarán servicios de diagnóstico, desintoxicación (eliminación de sustancias tóxicas) y rehabilitación ambulatoria.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$60 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Aviso:</b> Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor para saber si será un paciente hospitalizado 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 participación en los costos para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un "paciente ambulatorio."</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$250 de copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$175 de copago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>40 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Cobertura suplementaria de venta libre (OTC)</b></p> <p>Los artículos de venta libre (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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta de dientes</li> <li>• Gotas oftálmicas</li> <li>• Aerosol nasal</li> <li>• Vitaminas</li> <li>• Gotas para la tos</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Antiácidos</li> <li>• Artículos de primeros auxilios</li> <li>• Y mucho más...</li> </ul> <p>Estas son las maneras de acceder a su beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice pedidos en línea en <a href="http://MVP.NationsBenefits.com">MVP.NationsBenefits.com</a> a través de la web para entrega a domicilio.</li> <li>• Compre en tiendas usando su tarjeta de beneficios de artículos de venta libre en comercios minoristas participantes</li> <li>• Llame al 1-833-SHOP-OTC (1-833-746-7682) TTY: 711 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este, para realizar un pedido. 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.</li> </ul> <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>Este plan cubre ciertos medicamentos de venta libre, no recetados y aprobados, y artículos relacionados con la salud, hasta \$75 por trimestre.</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre</p> <p>Los fondos no utilizados no se transfieren al siguiente año calendario</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>Todos los pedidos deben realizarse a través del proveedor aprobado del plan o deben comprarse en una tienda minorista participante.</p> <p><b>Cobertura suplementaria de venta libre (OTC) (continuación)</b></p> <p>Es posible que las 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><b>Si tiene alguna pregunta sobre este beneficio, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare o llame al 1-833 SHOP-OTC (1-833-746-7682) TTY:711.</b></p>	
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La "hospitalización parcial" 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 o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$50 de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de copago por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Servicios de emergencia/posteriores a la estabilización, servicios de urgencia, sesiones individuales para servicios de salud mental y psiquiatría especializados y consulta nutricional. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud (atención virtual). 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de atención virtual de MVP a través de Gia están disponibles sin costo compartido para la mayoría de los afiliados. Las consultas presenciales y los referidos pueden estar sujetos a costo compartido según el plan.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal en etapa terminal para afiliados que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital rural, centro de diálisis renal o el hogar del miembro (puede aplicarse un copago por visita al consultorio)</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$0 de copago por cada visita al consultorio del médico de atención primaria por visitas de servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$45 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga ningún copago ni coseguro por una visita de telesalud (atención virtual) por servicios a través del proveedor de atención que el plan aprobó. Usted pagará el costo compartido aplicable para un servicio por una visita de telesalud a través de proveedores que no sean el proveedor de atención virtual que el plan aprobó.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$5 de copago por cada visita al consultorio del médico de atención primaria por visitas de</p>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación (puede aplicarse un copago por visita al consultorio)</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</li> </ul>	<p>servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$50 de copago por cada visita a un médico especialista para servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud.</li> <li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Federalmente Calificados</li> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ El registro no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> <li>• 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 <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No es un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> </ul> </li> </ul>	<p>Consulte "Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios" anteriormente en este cuadro para conocer los montos de copagos o coseguros aplicables para las visitas a centros quirúrgicos ambulatorios o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li> <li>● Consulta con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica</li> <li>● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía</li> </ul> <p><b>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)</li> </ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones de talón).</li> <li>● Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores</li> </ul> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$60 de copago por cada visita cubierta por Medicare (cuidado de los pies médicamente necesario).</p>

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



<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Examen rectal digital</li><li>• Prueba de antígeno prostático específico (PSA)</li></ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>



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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>20 % de coseguro para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro para suministros relacionados.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40 % de coseguro para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>40 % de coseguro para suministros relacionados.</p>
<p><b>Rehabilitación Pulmonar y Cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>No hay copago ni coseguro para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$60 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</p>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> <b>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> 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 por escrito para LDCT durante una prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma 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 las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>profesional no médico calificado elige proporcionar visita asesoramiento y toma de decisiones compartida de prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</b></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 determinados momentos 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 cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de ETS y asesoramiento para ETS cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para tratar la enfermedad de los riñones</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 para este servicio no está disponible o accesible temporalmente.</li> </ul>	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b></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>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial)</li> <li>• Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar</li> </ul> <p><b>Servicios para tratar la enfermedad de los riñones (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare".</p> <p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP</b></p>	<p>Es posible que se aplique un copago por visita al consultorio.</p>
<p><b>Atención en Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF").</p> <p>No se requiere una admisión hospitalaria de 3 días antes de la cobertura.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$0 de copago por día para los días 1 a 20 en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>\$196 de copago por día para los días 21 a 100 en un centro de enfermería especializada de la red.</p> <p>Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios.</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre).</li> <li>• Sangre, incluido el almacenamiento y la 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.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF</li> <li>• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF</li> </ul>	<p>Usted paga el 100 % del costo durante 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>
<p><b>Atención en Centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SNF</li> <li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF</li> <li>• Servicios del médico/profesional</li> </ul>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>40% de coseguro para los días 1 a 100 en un centro de enfermería especializada.</p>
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una residencia 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)</li> <li>• Un SNF en el que su cónyuge vive en el momento en que usted abandona el hospital</li> </ul>	<p>Usted está cubierto por hasta 100 días por cada período de beneficios. Usted paga el 100 % del costo durante 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</p>
<p><b>Se necesita una autorización previa por parte de MVP.</b></p>	

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
	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> <b>Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</b></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 intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</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 intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare.
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$20 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>El programa de SET debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consta de sesiones que duran entre 30 y 60 minutos, y comprende un programa de ejercicios o entrenamiento terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación.</li><li>• Se realiza en un entorno para pacientes ambulatorios del hospital o en el consultorio del médico.</li><li>• Es proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen el daño, y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la PAD.</li><li>• Se brinda bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera especializada/especialista en enfermería clínica que deben estar capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado.</li></ul> <p>La SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas (36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado), si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>\$60 de copago por cada sesión de terapia de ejercicios cubierta por Medicare.</p>




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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Traslado (no es de emergencia)</b></p> <p>Transporte que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan, como visitas al consultorio médico, farmacias y centros de diálisis. MVP ayuda a coordinar los traslados que son adecuados para sus necesidades de salud.</p> <p>Los servicios se proporcionan en el nivel de atención que se adapta a sus necesidades médicas. Esto puede ser en un vehículo compartido, sedán médico, furgoneta con acceso para sillas de ruedas, furgoneta bariátrica con acceso para sillas de ruedas y transporte en camilla</p> <p><b>Los viajes deben programarse a través del proveedor aprobado del plan.</b></p> <p>Máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año calendario</p> <p>Límite de 30 millas por viaje</p> <p><b>Este beneficio no debe utilizarse para situaciones de emergencia. Traslado de emergencia: Consulte Ambulancia.</b></p> <p>Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener detalles adicionales sobre cómo acceder a este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$0 por viaje de ida a un lugar aprobado por MVP</p> <p>Máximo de 36 viajes de ida o vuelta por año calendario</p> <p>Se aplica un límite de 30 millas por viaje</p> <p>Los viajes deben coordinarse a través del coordinador de transporte de MVP.</p> <p>Llame a American Logistics al 1-855-923-4125 de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare (números y horarios al dorso de este manual)</p>


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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Se proporcionan servicios de urgencia para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o es irrazonable, obtener servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.</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><b>Dentro y fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago por cada visita de atención de urgencia, dentro o fuera de la red.</p> <p>\$95 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)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p> <b>Atención de la Visión</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto</li> <li>• 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.</li> <li>• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año</li> <li>• 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.</li> <li>• Lentes/Marcos correctivos (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin implante de lente.</li> <li>• Un examen ocular de rutina una vez por año.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red:</b></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>\$0 de copago por exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare</p> <p>20 % de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para anteojos (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$60 de copago por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>40 % de coseguro de la cantidad permitida por Medicare para anteojos (un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas).</p>

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

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de la vista (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>\$0 de copago por exámenes de detección de glaucoma.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red:</b></p> <p>\$0 de copago por un 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 \$300. 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> <b>“Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare</b></p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que</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)**

<b>Servicios que están cubiertos para usted</b>	<b>Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<p>necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otra atención si es necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	

---

### **SECCIÓN 3      ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**

---

#### **Sección 3.1      Servicios que *no* cubrimos (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. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están 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 el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Acupuntura		Disponibles para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>Atención de custodia. (Atención que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requieren habilidades profesionales o capacitación, por ej., bañarse y vestirse).</p> <p>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.</p>	✓	

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
<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>Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos cobrados por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
Audífonos y visitas a proveedores de servicios de audífonos (excepto según se describe específicamente en los Beneficios cubiertos), audífonos de venta libre (OTC), moldes auditivos, accesorios para audífonos, cargos por reclamos de garantía y baterías para audífonos (más allá del suministro de 3 años de baterías gratuitas por audífono no recargable comprado).	✓	

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Entrega de comidas a domicilio		Comidas entregadas a domicilio cubiertas después de hospitalizaciones para pacientes internados. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Los servicios domésticos incluyen asistencia doméstica básica, incluidas tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina		<p>La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes internados o ambulatorios.</p> <p>Su plan incluye beneficios dentales integrales adicionales. Consulte la sección de servicios dentales del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.



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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Artículos de venta libre (OTC)		Consulte la sección de artículos de venta libre (OTC) en el cuadro de beneficios del Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Atención quiropráctica de rutina		Se cubre la manipulación manual de la columna 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.

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No están cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubierto solo bajo condiciones específicas</b>
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión deficiente.		<p>El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Su plan incluye beneficios adicionales para la vista. Consulte la sección de Atención de la vista del cuadro de beneficios en el Capítulo 4 para obtener detalles sobre los beneficios.</p>
Cuidado de los pies de rutina		Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

# 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 los medicamentos con receta de la Parte D

---

### SECCIÓN 1 Introducción

---

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete) que le emita una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El médico que emite la 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, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)* del plan (para abreviar, lo llamamos "Lista de medicamentos"). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos"* del plan).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del fármaco que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

---

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

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Use una farmacia de la red</b>
--------------------	-----------------------------------

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

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

### Sección 2.2 Farmacias de la red

#### ¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)) o llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

#### ¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando no figura más en la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando no figura más en la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com).

#### ¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para Indígenas 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.

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

- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a determinados lugares o que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario no debería ocurrir con frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

### Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar 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.
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede

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

solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con CVS/Caremark al 1-866-494-8829 (las llamadas a este número son gratuitas).

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no se le contactó para ver si la deseaba antes de que se la enviaran, 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 nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo o decide interrumpir los surtidos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que se surta y se envíe el medicamento de inmediato. 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 al 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.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?</b>
--------------------	---

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.)

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

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

<b>Sección 2.5</b>	<b>¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?</b>
--------------------	--

### 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. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Posiblemente 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.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas 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).

### ¿Cómo solicita el reembolso del plan?

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. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar al plan que le reembolse el dinero).



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

---

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

---

<b>Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos</b>
---

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos la “**Lista de Medicamentos**” para abreviar.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos 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 los cuales se receta.
- --O-- Respaldo por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. 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. Generalmente, los genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y generalmente cuestan menos.

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

Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

### ¿Qué *no* está 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 sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Existen 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos</b>
--------------------	--

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 más alto sea el nivel de participación en los costos, más alto 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.
- **El Nivel 2: medicamentos genéricos :** incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **El Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.
- **El 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.

## Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los 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.

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 recetados de la Parte D*).

### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: la Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan ([mvphealthcare.com](http://mvphealthcare.com)). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

---

## SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura para algunos medicamentos

---

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, las reglas especiales restringen cómo y cuándo el 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

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

de mayor costo, las reglas del 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 recetado 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 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.** Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener información sobre lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9)

#### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

En general, un medicamento "genérico" funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted O nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

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

### 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 el plan.

### Probar primero un fármaco diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **“terapia escalonada”**.

### Límites de cantidad

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

---

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

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera</b>
--------------------	---

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería estar tomando, no está en nuestro vademécum o que esté en nuestro vademécum con restricciones. Por ejemplo:

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

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

- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su participación en los costos sea más costosa de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que hace que su costo sea más costoso de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

<b>Sección 5.2</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna manera?</b>
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

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

### Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.

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

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

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

Durante el tiempo en que usa un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

### 1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare 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.

### 2) Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?</b>
--------------------	--

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna 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.



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

### SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

#### Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos .**
- **Mover un medicamento a un nivel de participación en los costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

#### Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

#### 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 continuación, le indicamos los momentos en los que recibiría una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

#### Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de participación en los costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos).**
  - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica

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

recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agrega el nuevo genérico.

- Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted o la persona que le receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro 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 de inmediato.
  - La persona que le receta también sabrá sobre este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **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 agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o a ambos. También podríamos hacer cambios en función de las advertencias en recuadro de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio o notificarle sobre el cambio y volver a surtir

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

el medicamento que está tomando en una farmacia de la red durante 30 días.

- Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el profesional que receta para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
- Usted o el profesional que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

### **Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan**

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

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

- 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 está tomando (excepto para un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento.

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 está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

### SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

#### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y 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 puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso fuera de indicación aprobada. El “uso no autorizado” es cualquier uso del fármaco que no sea el indicado en la etiqueta del fármaco, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el “uso no autorizado” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Vademécum de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de información DRUGDEX.

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.

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

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Además, si está **recibiendo “Asistencia adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Asistencia adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados 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 el Capítulo 2, Sección 6).

---

### SECCIÓN 8      Cómo surtir una receta

---

<b>Sección 8.1</b> <b>Proporcione su información de membresía</b>
---

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

<b>Sección 8.2</b> <b>¿Qué sucede si no tiene su información de membresía con usted?</b>
--

Si no tiene su información de membresía del plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

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 **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

---

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

---

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

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el 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 ¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la farmacia que usa forman parte de nuestra red. Si no está en nuestra red, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

**¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?**

Consulte la Sección 5.2 acerca de un suministro temporal o de emergencia.

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con el

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

**administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual 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 pagaría 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 el plan pague la cobertura de medicamentos, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

**Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable**, porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una *cobertura acreditable*. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

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

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere un medicamento determinado (por ej., para las náuseas, un laxante, un medicamento para el dolor o para la ansiedad) que no está cubierto por su hospicio 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 de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que receta que proporcione la 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.

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

Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

---

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

---

<b>Sección 10.1</b>	<b>Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura</b>
---------------------	--

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudar a garantizar que estén recibiendo 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 de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados 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 está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides</b>
---------------------	--

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que nuestros afiliados usen de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para



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

asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una determinada farmacia
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides con benzodiazepina de un determinado médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides con benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos 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 para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación 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 decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de

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

farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros afiliados obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura pueden recibir servicios a través de un programa de MTM. 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 miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar 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. Además, lleve su lista actualizada de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y téngala con 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, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

# CAPÍTULO 6:

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

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D****¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?**

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 manual por separado, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este manual, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite la “Cláusula LIS”.

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</b>
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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 sobre el pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas reglas.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos</b>
--------------------	---

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y las siguientes tres maneras representan la forma en la 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 su parte.
- **“Copago”** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- **“Coseguro”** es un porcentaje del costo total del medicamento que paga cada vez que surte una receta.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D****Sección 1.3****Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo**

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

---

**Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo**

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- **Si usted mismo** realiza estos pagos, estos se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "asistencia adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuentos de la Falta de Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

**Pasar a la Etapa de cobertura en situación catastrófica:**

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

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

---

**Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo**

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

- Su prima mensual.
- 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 realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos durante la carencia de cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, compensación de trabajadores).

*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.

---

**¿Cómo puede llevar un registro de su total de gastos de bolsillo?**

- **Le ayudaremos** . El informe de EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, este informe le dirá que ha abandonado la Etapa de Cobertura Inicial y que ha pasado a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

---

**SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando obtiene el medicamento**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los afiliados de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)?</b>
--------------------	---

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en virtud de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). La cantidad que paga depende de en cuál etapa se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Etapas:**

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

---

**SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Le enviamos un resumen mensual denominado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”)</b>
--------------------	--

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha realizado cuando sus recetas se surten o resurten en la farmacia. De esta

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

manera, podemos informarle cuándo se ha trasladado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos a los que hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina su costo “**de bolsillo**”.
- Realizamos un seguimiento de sus “**costos totales de medicamentos**”. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información del “año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información acerca de aumentos en el precio con respecto al primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos</b>
--------------------	--

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 nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.



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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, proporciónenos copias de los recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
  - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado 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 el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **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 tiene alguna pregunta, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Asegúrese de conservar estos informes.

---

**SECCIÓN 4      No hay deducible para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)**

---

No hay deducible para MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año.

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

Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

---

**SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte**

---

<b>Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo surta</b>
---

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

**El plan tiene 5 niveles de participación en los costos**

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 número de nivel de participación en los costos, 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.
- **El Nivel 2: medicamentos genéricos :** incluye la mayoría del resto de los medicamentos genéricos en nuestro Formulario.
- **El Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos que tienen el costo compartido más bajo para los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos genéricos pueden aparecer en el Nivel 3 debido a posibles incertidumbres respecto de la seguridad o al alto costo del medicamento.
- **El 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.

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D****Sus opciones de farmacia**

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

- 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 del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan*.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento para <i>un mes</i></b>
--------------------	--

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, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

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.

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

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Participación en los costos de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Participación en los costos fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago,	\$0 de copago,	\$0 de copago,	\$0 de copago más cualquier costo diferencial dentro de la red
<b>Nivel 2 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos)	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago más cualquier costo diferencial dentro de la red
<b>Nivel 3 de participación en los costos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago más cualquier costo diferencial dentro de la red
<b>Nivel 4 de participación en los costos</b> (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	25 % de coseguro más cualquier costo diferencial dentro de la red

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

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 30 días)	<b>Participación en los costos de atención a largo plazo (LTC)</b> (suministro de hasta 31 días)	<b>Participación en los costos fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel 5 de participación en los costos</b> (Medicamentos especializados)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro más cualquier costo diferencial dentro de la red
<b>Insulina cubierta por el plan</b>	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago

**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 con receta 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 dispense, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido para diferentes medicamentos.

Si recibe menos de un suministro para 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.

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

- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba, en lugar de por todo el mes. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de participación en los costos”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Una tabla que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento</b>
--------------------	--

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

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

**Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro de hasta 90 días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (suministro de hasta 90 días)
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago,	\$0 de copago,
<b>Nivel 2 de participación en los costos</b> (Medicamentos genéricos)	Copago de \$30	Copago de \$20
<b>Nivel 3 de participación en los costos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$105	Copago de \$70
<b>Nivel 4 de participación en los costos</b> (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (Medicamentos especializados)	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
<b>Insulina cubierta por el plan</b>	Copago de \$105	Copago de \$70

**Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D****Sección 5.5      Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los \$4,660**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que ha surtido alcance el límite de **\$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted y el plan, así como cualquier tercero, en su nombre por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

---

**SECCIÓN 6      Costos en la Etapa de Período sin Cobertura**

---

Cuando usted se encuentra en la Etapa de período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en medicamentos de marca . Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de despacho para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo desplazan a través del período sin cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que paga cuenta y lo mueve a través de la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen un monto máximo que Medicare ha establecido. Si alcanza este monto de \$7,400, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como su costo de gastos de bolsillo (Sección 1.3).



---

## **SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos**

---

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura en Situación Catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en situación catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea *mayor*:
  - – *ya sea* – coseguro del 5 % del costo del medicamento
  - –o– \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

---

## **SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las obtiene**

---

**Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para obtener más información.

Nuestro plan proporciona cobertura para una serie de vacunas de la Parte D y vacunas cubiertas por beneficios médicos. **Debido a que la cobertura de las vacunas puede ser complicada, le sugerimos que llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare antes de recibir cualquier vacuna si tiene alguna inquietud.**

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (A veces, esto se denomina “administración” de la vacuna).

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se está vacunando).

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

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el *Cuadro de beneficios médicos [qué está cubierto y qué debe pagar usted]* en el Capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum) del plan*.

**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 puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla 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 Medicamentos se encuentra.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene 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.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

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

*Situación 1:* Usted se vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí que incluye el costo de la 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, pagará 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 nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

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

- Se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración) 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 su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

- Tendrá que pagar a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna 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  
nuestra parte de una factura que ha  
recibido por servicios médicos o  
medicamentos cubiertos*

## **Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde 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 haya pagado más de lo que esperaba en virtud de las reglas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (devolverle dinero a menudo se denomina "reembolso"). Es su derecho recibir un reembolso por parte de nuestro plan siempre que haya pagado más que su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. 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 costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le devuelva o que pague una factura que haya recibido:

#### **1. Cuando ha recibido 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 proveedor fuera de la red que para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.

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

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le solicite un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
  - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Tenga en cuenta lo siguiente: 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 reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al 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 haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía pagar en virtud del 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 el 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 por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que podamos manejar el reembolso.

### **4. Cuando utiliza 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 la reclamación directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener un análisis de estas circunstancias.

### **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 del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, 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 solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Vademécum) del plan* ; o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no considera que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar 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

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

## SECCIÓN 2      Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido

---

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).



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

- Lugar de servicio (p. ej., hospital para pacientes hospitalizados o ambulatorios, consultorio).
  - Fecha y cargo por cada servicio o suministro proporcionado.
  - Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (International Classification of Diseases, Clinical Modification, ICD-CM) para la afección médica por la cual el paciente fue tratado (p. ej., examen de rutina, tos, hipertensión).
  - 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](http://mvphealthcare.com)**) o llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare 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, Arizona 85072-2066

---

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

---

<b>Sección 3.1      Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos</b>
--

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.

## **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 están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los cuales no estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación</b>
--------------------	---

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos 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, consulte el Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:

## *Sus derechos y responsabilidades*

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>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.)</b>
--------------------	--

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

Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuito disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

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 recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan 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 del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido 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 Afiliados de MVP Medicare (los números de teléfono están impresos

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

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 llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible gratis en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

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

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

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, el Capítulo 9 le informa 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 registros 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 registros médicos y otra información para la salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información para la salud. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada “Notificación de práctica de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información para la salud.

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información para la salud a cualquier persona que no esté proporcionando su atención o pagando por su atención, *estamos*

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

*obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*

- Existen ciertas excepciones que no nos exigen obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información para la salud a organismos gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información para la salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que la información que lo identifica exclusivamente no se divulgue.

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

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se conservan en el 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 registros 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 de MVP Medicare.

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
--------------------	---

Como miembro de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO), tiene derecho a que le proporcionemos varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del 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 recetados 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.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	--

### **Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.**

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 ayudarlo 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 miembros 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.



## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **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. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, usted acepta la responsabilidad total de lo que le sucede al cuerpo como resultado.

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

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

- Complete 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.
- **Proporcione 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 sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas.**” Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para la atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una “directiva anticipada” para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el 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 comunicarse con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare para solicitar los formularios.
- **Complétela y fírmela.** Independientemente de dónde reciba este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde que es su decisión si desea completar una directiva anticipada** (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle su cuidado ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

### ¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

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

<b>Sección 1.6</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado</b>
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le informa 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.**

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?</b>
--------------------	---

### Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

### ¿Se trata de otra cosa?

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

- También puede **llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 1.8</b>	<b>Cómo obtener más información sobre sus derechos</b>
--------------------	--

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- También puede **llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.

Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

---

## **SECCIÓN 2**      **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.

- **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 para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

- Los capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados 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 su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo 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. Seguir los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los fármacos que está tomando, incluidos los fármacos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros 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 miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.
  - Debe continuar pagando su Parte B de Medicare para seguir como afiliado del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la 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.

## **Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, 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:

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

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

---

### SECCIÓN 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Qué hacer si tiene un problema o una queja</b>
--------------------	---

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para manejar problemas y quejas:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamos**, también denominado quejas.

Medicare aprobó estos dos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué debe hacer.

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿Qué sucede con los términos legales?</b>
--------------------	--

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 y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar una reclamación”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utilizan las abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

---

**SECCIÓN 2      Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

---

Estamos siempre a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental 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 ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que está teniendo. También pueden responder sus 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. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

---

**SECCIÓN 3      Para tratar su problema, ¿qué proceso debe usar?**

---

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.



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

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

#### Sí.

Pase a la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

#### No.

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

---

## DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

---

### SECCIÓN 4 Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: una visión general</b>
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluido el pago. Este es el proceso que utiliza para ciertos tipos de problemas, por ejemplo, si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

#### **Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros

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

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 otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. 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.

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que no se cubre un servicio o medicamento, o que ya no está cubierto por Medicare 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 servicio, y usted no está satisfecho, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes 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 todas las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos 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 no desestimamos su caso, pero rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede continuar con una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán

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

automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

### Sección 4.2      **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

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

- Puede **llamarnos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare**.
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted**. Si su médico ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite el formulario de "Designación de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)).
  - Para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar 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 solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre**. Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare y solicite el

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

formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en **mvphealthcare.com**). El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitar a la 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 referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si 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.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?</b>
--------------------	--

Existen cuatro diferentes situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica*)

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

*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 sección debe usar, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

---

### SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta sección brinda información sobre qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención</b>
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar usted)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta 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 cinco situaciones:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted considera que esta atención está cubierta por el 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)

3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el 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 el 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), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales para estos tipos de atención.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura.</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
<p>Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina <b>“determinación de la organización”</b>.</p> <p>Una “decisión de cobertura rápida” se denomina <b>“determinación de cobertura acelerada”</b>.</p>

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

Una “decisión de cobertura estándar” generalmente se toma dentro de los 14 días 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 dos requisitos:

- Puede *solicitar solamente* cobertura para atención médica *que aún no haya recibido*.

## 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 estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Explica 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.

### **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 estándar.***

**Esto significa que le daremos una respuesta en el plazo de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta 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 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 para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

## **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 reclamación 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 las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado***

**Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento 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 beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamaciones). 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.



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

### Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

#### Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan.

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

#### **Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.**

**Por lo general, se presenta una “apelación estándar” dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de las 72 horas.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” y figuran en la Sección 5.2 de este capítulo.

#### **Paso 2: Solicite a nuestro plan una Apelación o una Apelación Rápida**

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presenta su apelación. 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.

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

- **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 cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos 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.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos 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 con receta de la Parte B de Medicare.
  - 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 a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

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

### ***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 con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud. Le informaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su afección médica.
  - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos 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 para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamaciones).
  - 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 a la totalidad de lo que solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si** nuestro plan rechaza 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**

#### **Paso a paso: Cómo se realiza 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).

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

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.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con 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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, puede tardar hasta 14 días calendario más. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### ***Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2.***

- Para la “apelación estándar”, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario después de la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que recibe su apelación.

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

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

### **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 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 para solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión 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.
- **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:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un determinado mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Decirle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un mediador de abogados se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?</b>
--------------------	--

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido 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 es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos por los servicios 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 que describimos en la Sección 5.3.** Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra 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 usted mismo, 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 solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

---

## SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>En esta sección, se le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	--

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para que esté cubierto, su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el 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 reglas, 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 un aviso por escrito en el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

### Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

#### Términos legales

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

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). Solicitar una excepción. Sección 6.2
- Solicitar 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**
- Solicitar la aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 6.4**

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

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



**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción al vademécum”**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción al vademécum”**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar 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 prescriptor deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta puede solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted 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 una excepción al costo compartido que le exigimos que pague 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

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

del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. 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, pagará el monto más bajo.

<b>Sección 6.3</b>	<b>Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones</b>
--------------------	--

### **Su médico debe informarnos los motivos médicos.**

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

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos 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

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

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 del plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el fármaco y ese fármaco siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

<b>Sección 6.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una "decisión de cobertura rápida" se denomina " <b>determinación de cobertura acelerada</b> ".
---

### **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 la recepción de la declaración de su médico. Las "decisiones de cobertura rápida" se toman dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de 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 dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar 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.

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

- 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 que:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Le informará 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: Solicite una “decisión de cobertura estándar” 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. 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, los que están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique 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 de este capítulo, se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** que son los motivos médicos de la excepción. Su médico u otra persona 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 la recepción de 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 a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado 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 la recepción de 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 a la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a 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.

<b>Sección 6.5</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Efectuar una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina <b>"redeterminación" del plan.</b>
---

Una "apelación rápida" también se denomina <b>"redeterminación acelerada".</b>
--

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

### **Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.**

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

### **Paso 2: Usted, su representante, médico u otro prescriptor 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 presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presenta su apelación. 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

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

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 revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las reglas 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 dentro de las 72 horas, 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 a la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a 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 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.



## 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 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 a 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 a la totalidad de lo que solicitó, también estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

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

#### **Sección 6.6**

#### **Paso a paso: 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.

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

**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. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “en riesgo” en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- 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.** Podemos cobrarle un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con 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 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 debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días** calendario después de recibir su solicitud.

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

### **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 **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

#### ***Para “apelaciones estándar”:***

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores** a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión 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 “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión en el nivel 2 será definitiva.
- Informándole 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).

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

- Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un mediador de abogados se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

### SECCIÓN 7      **Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

---

Cuando se lo ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean 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. Lo ayudarán a coordinar la atención que podría necesitar tras el alta.

- El día en que deja el hospital se denomina "**fecha del alta**".
- Cuando se decida su fecha de alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo dirán.
- Si considera que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia más prolongada en el hospital y su solicitud se analizará.

<b>Sección 7.1      Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informará sus derechos</b>
---

Dentro de los dos días posteriores a la admisión en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado Mensaje *importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con 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 de MVP Medicare o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea esta notificación detenidamente y haga preguntas si no la comprende.** Le indica:

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

- 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 la notificación.
- Firmar la notificación *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted esté de acuerdo con ninguna fecha de alta.

### 3. Conserve su copia de la notificación 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 la notificación más de dos días antes de su fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que se programe el alta hospitalaria.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

#### Sección 7.2

#### Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, deberá realizar esa solicitud a través del proceso de apelaciones. 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 alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**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 la salud 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 busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

### ***Actúe con rapidez:***

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, a la medianoche del día del alta hospitalaria.
  - **Si cumple con esta fecha límite,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
  - Si no cumple con esta fecha límite y 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.

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

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aun así desea apelar, deberá presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite 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 del alta**. Esta notificación le indicará la fecha de alta planificada y le explicará 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.

Puede obtener una muestra del Aviso **detallado de alta** llamando al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un ejemplo de notificación en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### **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 el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informaran 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 *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, pueden haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

### *¿Qué sucede si la respuesta es negativa?*

- Si la organización *de revisión dice que no*, está indicando 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 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 dijo que no 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**

### **Paso a paso: 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 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 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 relacionada con su apelación.

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

#### ***Si la organización de revisión 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 hospitalaria 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 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, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al nivel 3.**

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

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

- Un juez de derecho administrativo o un mediador de abogados se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “apelación acelerada”.
---

### Puede apelar ante nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

### Paso a paso: cómo presentar una apelación *alterna* de Nivel 1

#### **Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.**

- **Solicite una “revisión rápida.”** Esto significa solicitar que le demos una respuesta utilizando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

#### **Paso 2: realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si era médicamente adecuada.**

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y si siguió todas las normas.

#### **Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una “revisión rápida”.**

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos

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

proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar los costos completos** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

**Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones *de manera automática*.**

### Paso a paso: Proceso de *apelación* alterna de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es " <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ". A veces se denomina "IRE" (Independent Review Entity).

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan 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: Enviaremos su caso a la organización de revisión independiente de manera automática.**

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede formular una reclamación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo formular una reclamación).

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

### **Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con la apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsemos o el tiempo que continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
  - La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

### **Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza la apelación, usted elige si desea seguir adelante con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre 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**

**Sección 8.1**      *Esta sección se refiere únicamente a tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)*

Cuando recibe servicios de salud en el **hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos 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 los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a comunicárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte 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 8.2      Le informaremos con antelación cuándo finalizará su cobertura**

**Términos legales**

**“Aviso de no cobertura de Medicare”** Le informa cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar 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 dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice:
  - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
  - Cómo solicitar una “apelación de vía rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

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

2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación para demostrar que la recibió. Firmar la notificación *solo* demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo</b>
--------------------	---

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacerlo. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. O llame al State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**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: póngase en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación 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 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:***

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor que figura en la Notificación de no cobertura de Medicare.

### ***Su fecha límite para comunicarse con esta organización.***

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

### **Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

Términos legales
<p><b>“Explicación detallada de no cobertura”</b> Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.</p>

### ***¿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 también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- 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 sus servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

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

### ¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores *dicen que no*, **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, tendrá que pagar el costo total de esta atención usted mismo.

### **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.

<b>Sección 8.4</b>	<b>Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica por más tiempo</b>
--------------------	---

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** 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 continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.



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

**Paso 3:** en un plazo de 14 días 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 da una respuesta positiva?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido 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 da una respuesta negativa?*

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se 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. Le proporcionará los detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje.

**Paso 4:** si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un mediador de abogados se encarga de la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.5</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	---

### **Puede apelar ante nosotros en su lugar**

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de comenzar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar la apelación. Si utiliza

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

esta otra forma de presentar la apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

### Paso a paso: cómo presentar una apelación *alterna de Nivel 1*

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " <b>apelación acelerada</b> ".

#### **Paso 1: comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- **Solicite una "revisión rápida."** Esto significa solicitar que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

#### **Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a examinar toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que recibía.

#### **Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida".**

- Si aceptamos su apelación rápida, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si rechazamos su apelación rápida, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó 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 le indicamos que finalizaría su cobertura, tendrá que pagar el costo total de esa atención.

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

**Paso 4:** Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

### Términos legales

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

### Paso a paso: Proceso de *apelación* alterna de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión debe cambiarse. La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para cumplir la función de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1:** Enviaremos su caso a la organización de revisión independiente de manera automática.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede formular una reclamación. La Sección 10 de este capítulo explica cómo formular una reclamación).

**Paso 2:** La organización de revisión independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsemos o el tiempo que continuemos cubriendo los servicios.

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

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
- La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le dirá por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea seguir adelante con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitraje revisa la apelación. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 9      Cómo llevar su apelación al nivel 3 y siguientes**

### Sección 9.1      Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada 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 tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3      Un juez o un abogado de arbitraje que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si 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 Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de

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

nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado de arbitraje.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con sus documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio 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 esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (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 deniega 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 el servicio 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,

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

la notificación que recibirá le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y aceptará o rechazará su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

### Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada 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 recibirá 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 tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3 Un juez o un abogado de arbitraje que trabaja para el Gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación habrá finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura** de medicamentos que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado de arbitraje **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días** calendario después de recibir la decisión.
- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación podría o no haber finalizado.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (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.
  - 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 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 reclamación 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 reclamaciones?**

El proceso de reclamaciones se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de

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

espera y el servicio al cliente. Los siguientes son algunos ejemplos de los tipos de problemas gestionados a través del proceso de reclamaciones.

Reclamación	Ejemplo
<b>Calidad de la atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de la privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, un servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿No está satisfecho con nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare?</li> <li>• ¿Siente que se lo alienta a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare u algún otro miembro del personal del plan lo hizo? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o conseguir una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está disconforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?</li> </ul>



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

Reclamación	Ejemplo
<p><b>Puntualidad</b> (Todos estos tipos de reclamaciones están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede formular una reclamación por nuestra lentitud. Los siguientes son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos pidió una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y hemos dicho que no; puede presentar una queja.</li> <li>• Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para reenviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 10.2 Cómo presentar una queja

#### Términos legales

- Una **"queja"** también se denomina **"queja formal"**.
- **"Presentar una queja"** también se denomina **"presentar una queja formal"**.
- **"Utilizar el proceso para las reclamaciones"** es también **"utilizar el proceso para presentar una queja"**.
- Una **"reclamación rápida"** también se denomina una **"queja acelerada"**.

### Sección 10.3 Paso a paso: formular una reclamación

#### **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 de MVP Medicare.** Si debe hacer algo más, el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare se lo informará.

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

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede poner su reclamación por escrito y enviárnosla.** Si presenta su reclamación por escrito, responderemos a su reclamación 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 reclamación por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito o presenta una queja por escrito, o si su reclamación está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito en un plazo de 30 días. Si no podemos resolver su reclamación por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus reclamaciones. 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 reclamación y le damos nuestra respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si realiza la reclamación por teléfono, es posible que le respondamos en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamación. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si formula una reclamación porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, le daremos una “reclamación rápida” de manera automática.** Si tiene una “reclamación 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 reclamación o no asumimos la responsabilidad por el problema por el cual reclama, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

<b>Sección 10.4</b>	<b>También puede formular reclamaciones sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad</b>
---------------------	---

Cuando su reclamación se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede formular su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.**

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

- La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el Gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O bien*

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

<b>Sección 10.5</b>	<b>También puede informar a Medicare sobre su queja</b>
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el  
plan*

**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 WellSelect Plus with Part D (PPO) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no 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 participación en los costos hasta que finalice su membresía.

---

**SECCIÓN 2      ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**

---

<b>Sección 2.1      Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual</b>
--

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el período de Inscripción Anual (también denominado “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período** de inscripción anual 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 recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado.

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados 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 de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage</b>
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura de salud durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.

- **El Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage usted puede:**
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado en ese momento.
- 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 con receta 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.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan****Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial**

En ciertas situaciones, los miembros de MVP Medicare WellSelect Plus with Part 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](http://www.medicare.gov)):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si violamos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
- Si se inscribe en Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

**Aviso:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que 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:

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

*O BIEN*

- - u - Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

## Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

**Aviso:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados 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.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

### Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:

Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

#### Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- Llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare.
- Encontrar la información en el manual Medicare y Usted 2023.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

## SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

En la siguiente tabla, se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.</li> <li>• Se cancelará automáticamente su inscripción en MVP Medicare WellSelect Plus with Part D (PPO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>



**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

<b>Si desea cambiarse de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</li> <li>Se cancelará automáticamente su inscripción en MVP Medicare WellSelect Plus with Part D (PPO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con recetas de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.</b> Comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li> <li>También puede comunicarse con <b>Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>Se cancelará su inscripción en MVP Medicare WellSelect Plus with Part D (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li> </ul>

---

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

---

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

---

**SECCIÓN 5 MVP Medicare WellSelect Plus with Part D (PPO) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?</b>
---

**MVP Medicare WellSelect Plus with Part 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 de nuestra 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 lo detienen (va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo 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 obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

## Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo 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.

### ¿Dónde puede obtener más información?

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.

<b>Sección 5.2</b>	<b>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	--

MVP Medicare WellSelect Plus with Part 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una reclamación si finalizamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o realizar una reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## *Avisos legales*

**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 reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los 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, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma que se aplican por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index> .

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare. Si tiene una reclamación, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare puede ayudarlo.

**Capítulo 11 Avisos legales**

---

---

**SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las regulaciones de los CMS en el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, MVP Medicare WellSelect Plus 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 de palabras importantes

**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 estadía 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 de 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 el plan. Como afiliado de MVP Medicare WellSelect Plus 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 "facturan el saldo" o le cobren de otro modo más que el monto del costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

**Período de beneficios:** la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**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 generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.



## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Etapa de cobertura frente a catástrofes: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

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

**Coseguro:** monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

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.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "presentar una queja formal". El proceso de quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un afiliado tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado 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.

**Cuidado supervisado:** el cuidado supervisado es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado supervisado a cargo de personas que no tienen habilidades profesionales o capacitación, incluye la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como el uso de gotas oftálmicas. Medicare no paga los cuidados supervisados.

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

**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 empaquetar la receta.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** cierto equipo médico que su médico solicita por motivos médicos. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro, o la pérdida de la función de un miembro, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que son (1) prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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

**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

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos).

**Ayuda Adicional:** un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la 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:** un tipo de reclamación que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores, sobre nosotros o las farmacias, incluida una reclamación sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

**Asistente de salud 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 hospitalización cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que aún se lo considere un “paciente ambulatorio”.

**Monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado según se informa en su declaración de impuestos del Servicio Interno de Impuestos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

estándar y un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos, también denominado IRMAA. 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.

**Límite** de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en virtud de la Etapa de cobertura inicial.

**Etapa** de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año, hayan alcanzado los \$4,660.

**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.

**Lista de medicamentos cubiertos (vademécum o “lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** un programa estatal y federal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

**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).

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los afiliados a un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y pasar a otro plan Medicare Advantage, o bien obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado 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 un plan i) HMO, ii) PPO, un iii) plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un iv) plan 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 Competitive Medical Plan (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la ley.

Medicare Coverage Gap Discount Program: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los afiliados de la Parte D que han alcanzado la etapa de período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de fármacos.

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

**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, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los programas de atención integral para ancianos (PACE).

**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 de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de 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 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 contrata con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. 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

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los afiliados a nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

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.

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:** 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 a 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 miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos “de bolsillo” del afiliado.

**Plan PACE:** un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) 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 PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.



**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

**Parte C:** consulte “Medicare Advantage (MA) Plan”.

**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 Preferred Provider Organization (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 recetados 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.

## Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. 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 la lista de medicamentos.

**Prótesis y ortesis:** 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 (Quality Improvement Organization, 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.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Área de servicio:** área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). 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 miembros pueden cambiar su plan 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 "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

**Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes**

**Special Needs Plan:** 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.

**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.

**Supplemental Security Income (SSI):** un beneficio mensual pagado por el seguro social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del seguro social.

**Servicios de urgencia:** servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

**Centro de Servicios a los Afiliados de Medicare de MVP Medicare WellSelect Plus con Parte D (PPO)**

<b>Método</b>	<b>Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-800-665-7924</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora del Este.</p> <p>El Centro de Atención al Cliente de MVP Medicare también cuenta con servicios de intérpretes de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes de Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare están disponibles para servirle:</p> <p>Siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm, hora del Este.</p>
<b>FAX</b>	<p>585-327-2298</p>
<b>ESCRIBIR</b>	<p>MVP Health Care 220 Alexander Street Rochester, NY 14607</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://mvphealthcare.com">mvphealthcare.com</a></p>

## **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.

<b>Método</b>	<b>Programa de información, asesoramiento y asistencia sobre seguros de salud (HIICAP) (SHIP de Nueva York) - Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-701-0501
<b>ESCRIBIR</b>	Puede llamar al número que figura arriba para encontrar la dirección de su asesor local de HIICAP.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov">www.aging.ny.gov</a>



**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.