



VNS Health Total (HMO D-SNP)

Un programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus

2024

MANUAL PARA LOS MIEMBROS: SU EVIDENCIA DE COBERTURA



Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare como miembro de VNS Health Total (HMO D-SNP).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con su equipo de atención al 1-866-783-1444. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). Esta llamada es gratuita.

Este plan, VNS Health Total, es ofrecido por VNS Health Medicare. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a VNS Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VNS Health Total).

This document is available for free in Spanish and Chinese. También puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o en audio.

Los beneficios, los deducibles y los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Le enviaremos una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y Medicaid y ofrece planes HMO D-SNP y HMO. La inscripción en VNS Health Medicare depende de la renovación del contrato.

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

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo puede comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5549_2024 Total EOC_C 09252023

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

Evidencia de cobertura de 2024**Índice**

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1	Introducción.....	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3	Material importante para miembros que recibirá.....	11
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para VNS Health Total.....	12
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	16
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	18
CAPÍTULO 2:	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>.....	20
SECCIÓN 1	Contactos de VNS Health Total (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con su equipo de atención).....	21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	26
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	29
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad.....	31
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	32
SECCIÓN 6	Medicaid.....	33
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados.....	34
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.....	38
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>.....	39
SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	40
SECCIÓN 2	Acuda a los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios.....	43
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre.....	48
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	52
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	52
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	55
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero.....	56

CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>	59
SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	60
SECCIÓN 2	Averigüe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> qué es lo que está cubierto para usted	61
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de VNS Health Total?.....	133
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan NI por Medicare NI por Medicaid?	135
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	139
SECCIÓN 1	Introducción.....	140
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan	141
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	146
SECCIÓN 4	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	148
SECCIÓN 5	Hay restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos	150
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	152
SECCIÓN 7	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	155
SECCIÓN 8	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	158
SECCIÓN 9	Cómo surtir una receta.....	160
SECCIÓN 10	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	160
SECCIÓN 11	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	162
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	166
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	168
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	169
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	171
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	172
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	173
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	174
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	191

CAPÍTULO 9:	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	193
SECCIÓN 1	Introducción.....	194
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	195
SECCIÓN 3	Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan.....	196
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	197
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	198
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	202
SECCIÓN 7	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	216
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si le están dando de alta demasiado pronto.....	229
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	238
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	247
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	250
CAPÍTULO 10:	<i>Finalizar su membresía en el plan</i>	256
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de la membresía en nuestro plan.....	257
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	257
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	262
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	264
SECCIÓN 5	VNS Health Total debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	264
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	267
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	268
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	268
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	270
SECCIÓN 4	Compromiso con el cumplimiento.....	270
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	272
CAPÍTULO 13:	<i>Bienvenido a Medicaid Advantage Plus de VNS Health Total</i>	286

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en VNS Health Total, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, VNS Health Total. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

VNS Health Total es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. VNS Health Total está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Dado que obtiene asistencia de Medicaid con los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) de la Parte A y la Parte B de Medicare, es posible que no tenga que pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, usted recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. VNS Health Total lo ayudará a administrar todos estos beneficios para

que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

VNS Health Total es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de salud de Medicare y Medicaid, incluida su cobertura para medicamentos recetados, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?
--

Este documento de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener atención médica de Medicare y Medicaid, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y la comunidad y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos cobertura y servicios cubiertos se refieren a la atención médica, la atención a largo plazo o los servicios basados en el hogar y la comunidad, y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de VNS Health Total.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que le confunde o le preocupa, póngase en contacto con su equipo de atención.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *VNS Health Total* cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los cuales usted esté inscrito en *VNS Health Total*, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *VNS Health Total* después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid deben aprobar *VNS Health Total* cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de cumplir con los requisitos para nuestro plan, usted debe ser elegible tanto para los beneficios de Medicare como para los beneficios totales de Medicaid.

VNS Health Total es un plan para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en VNS Health Total si tiene Medicare, los beneficios totales de Medicaid y cumple con lo siguiente:

- Es mayor de 18 años.
- Reside en el área de servicio del plan: Condados de Albany, Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Rensselaer, Richmond, Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de Nueva York.
- Tiene una enfermedad o discapacidad crónica que lo vuelve elegible para recibir el nivel de atención de un hogar de convalecencia en el momento de la inscripción.
- Puede permanecer de manera segura en el hogar en el momento en que se inscribe en el plan.
- Debe ser elegible para el nivel de atención de hogar de convalecencia (al momento de la inscripción).
- Requiere administración de la atención y se espera que necesite uno o más de los siguientes servicios durante más de 120 días continuos desde la fecha en que se inscribe en nuestro plan:
 - Servicios de enfermería en el hogar
 - Terapias en el hogar
 - Servicios de asistente de atención médica a domicilio
 - Servicios de cuidado personal en el hogar
 - Atención médica de día para adultos
 - Servicios privados de enfermería
 - Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Se aplican condiciones adicionales. Para obtener más información sobre la inscripción en el plan, consulte el Capítulo 13.

Tenga en cuenta que existen determinados programas de Medicaid que no incluyen la elegibilidad.

Un solicitante que es un paciente internado en un hospital o es un paciente o residente de un centro autorizado por la Oficina de salud mental (OMH) del estado, la Oficina de servicios de alcoholismo y abuso de sustancias (OASAS) o la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD) del estado, o está inscrito en otro plan de atención administrada financiado por Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o un Programa de tratamiento diurno de la OPWDD, o recibe servicios de un centro para enfermos terminales, podría inscribirse con el contratista tras el alta o la finalización por parte del hospital para pacientes internados, centro autorizado por la OMH, la OASAS o la OPWDD, otro plan de atención administrada, un centro para enfermos terminales, programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad o Programa de tratamiento diurno de la OPWDD.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en tres (3) meses, todavía es elegible para obtener una membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se le indica la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de cuidado a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Los beneficiarios de QMB+ reciben cobertura completa de Medicaid y Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

deducibles, coseguro y copagos). Los beneficiarios de QMB+ califican automáticamente para el programa de “Ayuda adicional” de la Parte D de Medicare.

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario con ingreso bajo especificado de Medicare Plus (SLMB+):** Los beneficiarios de SLMB+ reciben cobertura completa de Medicaid y Medicaid paga sus primas de la Parte B. Los beneficiarios de SLMB+ califican automáticamente para el programa de “Ayuda adicional” de la Parte D de Medicare.
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para VNS Health Total
--------------------	---

VNS Health Total está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: Condados de Albany, Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Rensselaer, Richmond, Schenectady, Suffolk y Westchester.

Si tiene pensado mudarse a otro estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, se encuentran los números de teléfono de Medicaid.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con su equipo de atención para ver si contamos con algún plan en el área nueva. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en

un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o debe tener una permanencia legal en este país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a VNS Health Total si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, VNS Health Total debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 Material importante para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red de servicios. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor. A continuación, encontrará una



muestra de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras es miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

lugar de su tarjeta de miembro de VNS Health Total, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame a su equipo de atención de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de equipos médicos duraderos y proveedores de la red actuales.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Debe usar los proveedores de la red de servicios para obtener atención y servicios médicos. Si se va fuera sin autorización adecuada, deberá pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son casos de emergencia, servicios de urgencia si la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que VNS Health Total autoriza acudir a proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red de servicios y fuera del área.

La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (electrónica o impresa) a su equipo de atención. Las solicitudes de copias impresas se enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para VNS Health Total

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

SECCIÓN 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan para VNS Health Total. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de VNS Health Total, Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no califica para este beneficio automáticamente) y sus primas de la Parte B.

Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía no se le aplica siempre y cuando mantenga la doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde el estado de doble elegibilidad, puede incurrir en una multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. La “cobertura acreditable para medicamentos con receta” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. Cuando se inscribe por primera vez en VNS Health Total, se le informa el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No deberá pagarla en los siguientes casos:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague el mismo monto que la cobertura estándar para el plan de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y páginas web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1%

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima es de \$64.28.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondeado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$64.28, lo que es igual a \$9. Esto se redondea en \$73.30. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en 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 que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción debido al incumplimiento con el pago de sus primas del plan.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O bien, debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. (Esto podría suceder si resulta elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde la elegibilidad para ese programa durante el año: Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es elegible para recibir “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez carece de la cobertura para medicamentos de la Parte D u otros medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de servicios del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en una residencia de ancianos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos sobre esto llamando a su equipo de atención.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a su equipo de atención. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho se encuentran aún trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health Total (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con su equipo de atención)

Cómo comunicarse con su equipo de atención

Para obtener ayuda con los reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al equipo de atención de VNS Health Total. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Equipo de atención de VNS Health Total: Información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). Nuestro equipo de atención también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street, New York, NY 10017
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Equipo de atención de VNS Health Total: Información de contacto
CUENTA EN LÍNEA	vnshealthplans.org/account Una manera fácil y segura de enviarnos un mensaje en cualquier momento y obtener información sobre su plan de salud. Disponible para los miembros el primer día de inscripción.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Medical Management 220 East 42nd Street, New York, NY 10017
PÁGINA WEB	vnshealthplans.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
FAX	1-866-791-2213
ESCRIBA A	VNS Health Health Plans - Grievance & Appeals Grievance and Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre VNS Health Total directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o pagado por servicios (como la factura de un proveedor) y cree que nosotros deberíamos pagar por eso, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que le paguemos al proveedor. Consulte el Capítulo 7.

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	<p>1-866-783-1444</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
ESCRIBA A	<p><u>Envíe las solicitudes de pago de la Parte C a:</u></p> <p><i>VNS Health</i> Health Plans - Claims PO Box 4498 Scranton, PA 18505</p> <hr/> <p><u>Envíe las solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos recetados), incluido el formulario de Reembolso directo al miembro (Direct Member Reimbursement, DMR) y el recibo detallado a esta dirección:</u></p> <p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Fax: 914-378-6151 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com</p>

SECCIÓN 2**Medicare**

(cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
PÁGINA WEB	<p data-bbox="431 317 727 359">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="431 373 1414 709">Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="431 724 1414 850">La página web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="480 865 1414 1262" style="list-style-type: none"><li data-bbox="480 865 1414 949">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="480 966 1414 1262">• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede utilizar la página web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre VNS Health Total:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infórmele a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre VNS Health Total directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a que ingrese en el sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web y revisarán la información 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).</p>

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 que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina *Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (Health Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP)*.

El *HIICAP* es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Los asesores del *HIICAP* pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle con las preguntas o los problemas de Medicare, así como a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER A LOS RECURSOS DE SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del <i>Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (SHIP del estado de Nueva York)</i>
LLAME AL	1-800-701-0501
TTY	Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16 th Floor New York, NY 10007-1392
PÁGINA WEB	<u>https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance</u>

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de Nueva York, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama *Livanta*.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. *Livanta* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con *Livanta*:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad del estado de Nueva York)
LLAME AL	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	<u>www.livantaqio.com</u>

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y las personas con residencia legal permanente de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen de una enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para obtener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción de Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 am a 7 pm. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 am a 7 pm.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay un “Programa de ahorros de Medicare” que se ofrece a través de Medicaid y que ayuda a las personas con Medicare y con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos de la prima de Medicare.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con Medicaid de Nueva York.

Método	Medicaid de Nueva York: información de contacto
LLAME AL	1-800-541-2831
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	New York Medicaid Office of the Commissioner Empire State Plaza Corning Tower Albany, NY 12237
PÁGINA WEB	<u>www.health.ny.gov</u>

La Oficina para las personas de la tercera edad del estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con los problemas relacionados con el servicio o

la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

Método	Información de contacto de la Oficina para las personas de la tercera edad (Programa del defensor de los derechos del paciente) del estado de Nueva York
LLAME AL	1-800-342-9871
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
PÁGINA WEB	www.aging.ny.gov .

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de los medicamentos recetados. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido cuando obtiene un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya las tiene.

- Si necesita ayuda para obtener evidencia sobre su nivel de copago correcto, llámenos al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) e infórmele al representante que necesita ayuda para obtener esta información. Para obtener esta información, es posible que tengamos que comunicarnos con Medicare en su nombre. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su equipo de atención. La mayoría de nuestros miembros cumplen con los requisitos para recibir la Ayuda adicional de Medicare (y ya la están recibiendo) para cubrir los costos de los medicamentos recetados.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún recibe el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes del beneficio del SPAP o de otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del 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 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que son esenciales para salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el formulario del ADAP, cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de cuidado para personas sin seguro con VIH (ADAP) del estado de Nueva York. **Nota:** para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro. Si cambia de plan, notifique a su asistente local de inscripción en el ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame 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 recetados según su necesidad económica, edad, afección o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

En el estado de Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de fármacos para las personas mayores (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC).

Método	Información de contacto de la Cobertura de fármacos para las personas mayores (EPIC) (Programa estatal de asistencia farmacéutica del estado de Nueva York)
LLAME AL	1-800-332-3742
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 11212-5018
PÁGINA WEB	<u>www.health.ny.gov/health_care/epic/index.htm</u>

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que le informe si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si oprime “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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. Si oprime “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB HelpLine y a información grabada durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para acceder a los servicios médicos
y otros servicios cubiertos*

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

SECCIÓN 1 **Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para acceder a los detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, use la tabla de beneficios que figura en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto*).

Sección 1.1 **¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?**

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales sanitarios 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 han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red de servicios nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando visita a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizarán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--

Al ser un plan de salud de Medicare y Medicaid, VNS Health Total debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos en virtud de Original Medicare (Consulte la Sección 2 del Capítulo 4).

VNS Health Total cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red de servicios (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red de servicios del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios (un proveedor que no forme parte de la red de servicios de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red de servicios. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requieren que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede recibirla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga habitualmente dentro de la red. *Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención.* En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y se realiza la diálisis con un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. No obstante, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red de servicios 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Acuda a los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención****¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?**

- ¿Qué es un PCP?

El PCP es un profesional de salud autorizado que cumple con las exigencias estatales y que está capacitado para brindarle la atención médica básica. Obtendrá atención de rutina o básica por parte de su PCP. Su PCP también coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. (Vea el Capítulo 12 para obtener una definición de Médico de atención primaria).

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Un PCP es un profesional de atención médica, ya sea un médico o un profesional de enfermería que usted elige para coordinar su atención de salud.

- ¿Cuál es la función de un PCP en el plan VNS Health Total?

Su PCP proporcionará la mayoría de su atención y lo ayudará a arreglar o coordinar muchos de los servicios cubiertos que usted obtiene como miembro en VNS Health Total. Esto puede incluir:

- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias.
- Atención de médicos que son especialistas.
- Ingresos en el hospital.
- Atención médica de seguimiento.

- ¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Como miembro de VNS Health Total, su PCP coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de un plan. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

sobre su atención de salud y su progreso, y asegurarse de que sus servicios cumplan con sus necesidades de salud específicas.

- ¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o en la obtención de una autorización previa (PA), si corresponde?

El PCP participante que proporcione el servicio al miembro deberá realizar las solicitudes de los servicios que requieran una autorización previa. Las solicitudes se pueden hacer al comunicarse con el Departamento de Administración Médica de *VNS Health* al número de teléfono indicado en el Capítulo 2 de este documento.

¿Cómo elige al PCP?

En el momento de su inscripción en VNS Health Total, debe elegir un PCP. El *Directorio de proveedores y farmacias* de VNS Health Total incluye una lista de los PCP que están incluidos en la red de servicios de nuestro plan. La información con respecto a la elección de su PCP se incluye en nuestra solicitud de inscripción y la tarjeta de identificación que recibirá una vez que sea miembro de VNS Health Total.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. La elección de un PCP no lo limitará a un grupo específico de hospitales o especialistas. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participen en nuestra red de servicios.

Si debe cambiar de PCP, llame a su equipo de atención y realizaremos las comprobaciones necesarias para asegurarnos de que el médico acepte nuevos pacientes. Su equipo de atención cambiará su registro de miembro a fin de mostrar el nombre de su nuevo PCP. Los cambios a su PCP entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de la solicitud.

Su equipo de atención también le enviará una nueva tarjeta de identificación de miembro con el nombre de su nuevo PCP.

VNS Health Total también le informará cuando su PCP deje de formar parte de la red de servicios y lo ayudará a elegir otro PCP, de manera que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si se encuentra en tratamiento por una lesión o

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

enfermedad específica, hable con su equipo de atención sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios del médico que abandona la red de servicios de VNS Health Total hasta que complete su tratamiento en curso actual.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una remisión de su PCP?

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red de servicios.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red de servicios o por proveedores fuera de la red de servicios.
- Los servicios de urgencia son los servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es necesario comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a su equipo de atención antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio).

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

El especialista es un médico que brinda servicios atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchas clases de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas tratan a pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Los administradores de atención ayudarán a los miembros a acceder al Programa de cuidados paliativos o al programa del centro para enfermos terminales certificado por Medicare. (*Consulte el Capítulo 12 para obtener las definiciones de Cuidados paliativos y Centro para enfermos terminales*)

¿Cuál es la función (si hubiera) del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

- Como miembro de *VNS Health Total*, usted no necesita una remisión de su PCP para acudir a especialistas u hospitales de la red de servicios. Su PCP puede proporcionarle asistencia si necesita ayuda para seleccionar un especialista u hospital. En algunos casos, su proveedor puede requerir que reciba procedimientos o pruebas de diagnóstico adicionales. En estos casos, su médico necesitará obtener autorización previa de VNS Health Total.
- La elección de un PCP no lo limitará a un grupo específico de hospitales o especialistas. Puede utilizar cualquier especialista u hospital que participen en nuestra red de servicios. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para conocer una lista de especialistas y hospitales participantes.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si ha acudido en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento médicamente necesario o la terapia que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto que sea médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido equivalente al costo dentro de la red, si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejarán el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red**

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red de servicios en las siguientes situaciones:

- Se encuentra fuera del área de servicio y necesita diálisis.
- Necesita un servicio especial que no está disponible a través de los proveedores de la red de servicios.
- Tiene una emergencia o necesita atención de urgencia.

Excepto en casos de emergencia, debe obtener autorización de VNS Health Total. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información o para coordinar servicios.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre**Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica****¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?**

Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o 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 condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red de servicios. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red de servicios.

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisar sobre la atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). Esta información también se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Además, tiene cobertura para la atención médica de emergencia y los servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y coordinemos la atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red de servicios, trataremos que los proveedores de la red de servicios se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta de si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red de servicios para obtener atención adicional.
- O bien, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, 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 de servicios. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) dolor de garganta grave que se produce durante el fin de semana o ii) exacerbación imprevista de una afección conocida cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red de servicios no la pueden cubrir, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red de servicios. Se debería obtener autorización del plan antes de recibir atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios sin costo.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si requiere atención de urgencia, llame a su médico de atención primaria (PCP). Si su PCP no está disponible, llame al plan para recibir más instrucciones.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red de servicios, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan tiene cobertura mundial de urgencia y emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios, en los siguientes casos: Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red de servicios o fuera de la red de servicios cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Para obtener más información, consulte la *Tabla de beneficios médicos* del Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre, visite la siguiente página web: vnshealthplans.org.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red de servicios con un costo compartido dentro de la red de servicios. Si no puede usar una farmacia de la red de servicios durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red de servicios. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

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

Sección 4.1 **Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos**

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 **¿Qué debería hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?**

VNS Health Total cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la *Tabla de beneficios médicos* del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red de servicios y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se alcance un límite de beneficio, los costos adicionales no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 **¿Cómo se cubren los 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 un estudio clínico) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los datos del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con sus requisitos, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos comunica que está en un ensayo clínico calificado, entonces usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red de servicios por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red de servicios. Sin embargo, deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo indique ni que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable, como un componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para los inscritos en Medicare Advantage le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué cosa?

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 de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría, incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Tal como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada de los servicios cubiertos que reciba en la investigación clínica.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio, incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es una instalación que brinda atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- La atención o el tratamiento médico que no estén exceptuados corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios* y *que no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico exceptuados corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

Capítulo 3 **Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, o su estadía no estará cubierta.

No se aplican límites de Medicare para la cobertura de pacientes hospitalizados.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes diabéticos, dispositivos para generar el habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, hablamos de otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de VNS Health Total, generalmente no adquirirá la posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras era miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a su Equipo de atención de para obtener más información.

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

Si no obtuvo la posesión del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos efectuados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del producto una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, VNS Health Total cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona VNS Health Total o médicamente ya no necesita equipos de oxígeno, estos deben devolverse.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Los restantes 24 meses el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, lo que le obliga a pagar el copago durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)*

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una *Tabla de beneficios médicos* que incluye sus servicios cubiertos como miembro de VNS Health Total. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando respete las normas del plan a la hora de obtener atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para obtener atención).

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo con respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$0.

Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$0 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3	Nuestro plan también limita lo que usted paga de su bolsillo por determinados tipos de servicios
--------------------	---

Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo con respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 2	Averigüe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> qué es lo que está cubierto para usted
------------------	---

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	---

La *Tabla de beneficios médicos* de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por VNS Health Total. Los servicios descritos en la *Tabla de beneficios médicos* están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben ser médicamente necesarios*. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red de servicios. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
 - Algunos de los servicios mencionados en la *Tabla de beneficios médicos* están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red de servicios obtienen aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con un asterisco en la *Tabla de beneficios médicos*. Además, los siguientes servicios no indicados en la *Tabla de beneficios médicos* requieren autorización previa:
 - Ingresos en el hospital no participante y opcional, incluso ingresos de salud mental.
 - Todos los ingresos en centros de atención de enfermería especializada.
 - Todos los procedimientos que se consideran experimentales o de investigación y que Medicare los requiera como servicios cubiertos.
 - Todos los trasplantes y las evaluaciones para trasplantes.
 - Procedimientos reconstructivos que se pueden considerar estéticos.
 - Todas las remisiones a proveedores no participantes.
 - Las siguientes cirugías:
 - Cirugía bariátrica
 - Cirugía para cáncer de mama
 - Histerectomía
 - Cirugía que pueda considerarse estética
 - Procedimientos experimentales/de investigación
 - Ensayos clínicos
 - Servicios de enfermería y atención médica a domicilio.
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
 - Servicios de radiología exclusivos como resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI), angiografías por resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA) y tomografías por emisión de positrones (Positron

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Emission Tomography, PET).
- Equipo médico duradero exclusivo y dispositivos protésicos y ortopédicos.
- Servicios/procedimientos de infusión a domicilio seleccionados.
- Medicamentos exclusivos de la Parte B de Medicare.
- Transporte en ambulancia en situaciones que no sean de emergencia.
- Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de cuidado a largo plazo, basados en la comunidad y en el hogar, transporte y servicio de un auxiliar de atención médica a domicilio.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y usted 2024]). Revíselo en línea en www.medicare.gov o solicite 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 debería llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Medicaid Advantage Plus es un plan integrado que le permite a la persona con doble elegibilidad inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. La persona inscrita en Medicaid Advantage Plus tiene derecho a recibir todos los servicios de Medicaid que normalmente recibiría con el plan State Medicaid Plan sin costos compartidos. Por lo tanto, cualquier servicio de Medicaid que no esté incluido en el paquete de beneficios combinado de Medicare y Medicaid Advantage Plus que ofrece el plan de salud sigue estando disponible para la

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

persona inscrita cuando lo brinde cualquier proveedor inscrito en Medicaid en función del pago por servicio de Medicaid. La *Tabla de beneficios médicos* que figura más abajo describe lo que está cubierto por el plan.

- Si usted está dentro del período de elegibilidad ininterrumpida estimada de un mes de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el plan Medicaid State Plan aplicable, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare para el cual el estado sería responsable de otra manera si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con determinadas afecciones crónicas

- Si le diagnosticaron alguna de las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, es posible que sea elegible para recibir beneficios complementarios específicos o para una reducción en el costo compartido.
 - Entre los ejemplos se incluye, entre otros, diagnosticar afecciones como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal en etapa final, demencia, cáncer, accidente cerebrovascular u otras afecciones.
 - Si es elegible para participar en el Programa de cuidados paliativos como se describe anteriormente, se encuentra a su disposición sin costo adicional. Este programa está diseñado para brindar una capa adicional de apoyo junto con su tratamiento médico actual.

(Consulte la definición de “Cuidados paliativos” en la tabla de beneficios a continuación).

Si es elegible y se inscribe en el programa de cuidados paliativos, un miembro de su Equipo de atención lo llamará al menos una vez al mes. Junto con su administrador de atención, usted planificará la frecuencia de llamadas para que le proporcionen ayuda y se asegure de que sus servicios satisfagan sus necesidades específicas de salud y para analizar otros recursos que pueda necesitar. Además, recibirá el siguiente apoyo mediante los servicios de administración de la atención:

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Evaluación de atención integral
- Planificación y objetivos de la atención a través de debates
- Acceso a servicios sociales y recursos de la comunidad
- Coordinación con su médico de atención primaria

Información importante sobre los beneficios para todos los afiliados que participan en los servicios de Planificación de atención de la salud y bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP).

- Debido a que VNS Health Total participa en el Programa de cuidados paliativos de VNS Health, usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de Planificación de atención anticipada (ACP):
 - Los administradores de atención ofrecerán Planificación de atención anticipada por teléfono según sea necesario. Usted también puede completar directivas anticipadas en su visita periódica de evaluación en el hogar llevada a cabo por un profesional de enfermería (NP). Esta ACP es voluntaria.
 - La Planificación de atención anticipada es un proceso continuo para involucrar a usted y a su familia en conversaciones sobre sus objetivos, valores y creencias. Los administradores de atención ofrecerán Planificación de atención anticipada por teléfono según sea necesario. Usted también puede completar directivas anticipadas en su visita periódica de evaluación en el hogar llevada a cabo por un NP.

Medicare aprobó VNS Health Medicare para brindar estos beneficios como parte del Programa de diseño de seguros basados en valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar la calidad y el acceso a la atención para los afiliados a Medicare.

Información importante sobre beneficios para afiliados que cumplen con los requisitos para la “Ayuda adicional”:

- Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que sea elegible para otros beneficios complementarios o costo compartido reducido concentrados.
- Para obtener más información, consulte la *Tabla de beneficios médicos* en el Capítulo 4.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


- Si un proveedor del plan lo diagnosticó con cualquiera de las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Los miembros inscritos en VNS Health Total son personas con necesidades especiales con afecciones crónicas específicas. Los miembros inscritos en este plan pueden tener discapacidades comórbidas y comorbilidades, lo que también justifica las necesidades complejas de la membresía.
 - Entre los ejemplos se incluye, entre otros, el diagnóstico de afecciones como insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal en etapa final, demencia, cáncer o accidente cerebrovascular.
- Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la siguiente *Tabla de beneficios médicos*.

Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: hasta 30 visitas cada año.	No existe copago. No se requiere autorización previa.

Acupuntura para dolor crónico de espalda baja

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

Están cubiertas hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare conforme a las siguientes circunstancias:

Para los fines de este beneficio, el dolor crónico de espalda baja se define de la siguiente manera:

- Que dura 12 semanas o más.
- no específico, ya que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.).
- Aquel que no está asociado con una cirugía.
- No asociado con embarazo.

Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.

Se debe discontinuar el tratamiento si el paciente no mejora o experimenta un retroceso.

Requisitos para proveedores:

Los médicos (según la definición del artículo 1861[r][1] del Título de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.

Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo 1861(aa)(5) del Título de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales pertinentes y si tienen lo siguiente:




- un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y

No se cobra ningún coseguro, copago ni deducible por la acupuntura cubierta por Medicare para el dolor de la parte baja de la espalda.



Se requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para realizar Acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad de los Estados Unidos (como Puerto Rico), o en el Distrito de Columbia. <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 regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) N.º 42.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar 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.</p>	<p>Usted no paga nada por los viajes en ambulancia de un solo tramo cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la visita “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las visitas anuales de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que califiquen (en general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Prueba detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplan con ciertas condiciones y cuenten con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Tiene cubierto un máximo de 2 sesiones de una hora por día, hasta un máximo de 36 sesiones durante 36 semanas).</p>	<p>Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva <p>Requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p> Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de forma saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero de vagina, o si está en edad de procrear y tuvo un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. 	<p>Usted no paga nada por las visitas quiroprácticas cubiertas por Medicare.</p> <p>Requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tengan un riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tengan un riesgo elevado después 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los cuales se aplica un coseguro. Si durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido, la prueba de detección se</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de que se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con riesgo elevado desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en las heces fecales para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores basados en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de riesgo elevado. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no son de alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. 	<p>convierte en un examen de diagnóstico.</p>
<p>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Servicios cubiertos****Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios****Servicios odontológicos**

Healthplex proporciona los servicios dentales.

En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra el cáncer y que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón.

Además, cubrimos lo siguiente:



- 2 consultas al año para servicios de diagnóstico
- 2 consultas al año para servicios de restauración
- 2 consultas al año para protodoncia
- Otras cirugías bucales/maxilofaciales


Los servicios dentales cubiertos por Medicaid incluyen servicios odontológicos regulares y de rutina, como controles dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes, dentaduras postizas, implantes dentales y otros servicios para controlar cualquier cambio o anomalía que pueda requerir tratamiento o atención de seguimiento. No necesita una remisión de su PCP para consultar con un odontólogo.

Si tiene preguntas relacionadas con la atención dental, llame a Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220), Lunes – viernes, 8 am – 6 pm

La cobertura máxima del plan es de \$3,000. No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios dentales cubiertos por Medicare.

Usted no paga nada por los beneficios dentales cubiertos por Medicaid y Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios**** Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes**

Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.
- Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.
- La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.
- Ascensia/Bayer Diabetes Care es la marca elegida por el plan para los suministros de pruebas y control de la diabetes cuando se obtienen en una farmacia minorista de la red. Todos los otros productos de marca requerirán aprobación del plan para la cobertura.

Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare:

- Suministros para el control de la diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Calzado terapéutico o plantillas

Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y en el Capítulo 3, Sección 7 de este documento,).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Por lo general, VNS Health Total cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un participante nuevo de VNS Health Total y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Debería hablar con su médico durante este tiempo para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de transcurrido dicho período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo remita para obtener una segunda opinión).</p>	<p>Usted no paga nada por el equipo médico duradero cubierto por Medicare o Medicaid.</p> <p>Se requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Usted (o su proveedor) puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de los productos o las marcas que son apropiados para tratar su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p> <p>El plan cubre equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales, prótesis o férulas, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido; son utilizados principalmente y habitualmente con fines médicos; no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están usualmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. El DME debe estar indicado por un médico. No exige un requisito previo de uso exclusivo en el hogar e incluye DME ajeno a Medicare cubierto por Medicaid (p. ej., banco para la ducha; barras de apoyo). Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos.</p>	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características:</p>	<p>Usted no paga nada por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindaron fuera de la red de servicios es el mismo que para tales servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Usted cuenta con una cobertura de hasta \$50,000 para atención de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Consulte la sección “Cobertura internacional” para obtener más información.</p>	<p>Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas desde la consulta en la sala de emergencias, usted paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados fuera de la red autorizado por el plan.</p>
<p>Mayor control de enfermedades</p> <p>Este beneficio puede proporcionarle apoyo adicional para cuidar de su salud.</p> <p>Los miembros elegibles pueden participar para recibir un mejor manejo de enfermedades. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a domicilio por parte de un enfermero para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más detalles e información sobre la elegibilidad.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia para encontrar médicos y programar citas. • Asistencia para tomar los medicamentos de la forma correcta • Conexiones con los recursos de la comunidad 	
<p>Estado físico</p> <p>Usted tiene cobertura por una membresía al club de salud con SilverSneakers®. Esto incluye clases grupales de ejercicio en las instalaciones del club de salud participantes y en línea. Este programa de membresías para estado físico está diseñado para beneficiarios de Medicare.</p> <p>Para obtener más información sobre este beneficio, puede visitar el sitio web silversneakers.com o llame sin cargo al 1-866-584-7389 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.</p>	<p>No existe un copago por los servicios descritos en esta sección, pero puede haber algunas limitaciones.</p>
<p>Tarjeta Flex</p> <p>La tarjeta Flex es un beneficio de \$760 para el año, cargados previamente en una tarjeta de débito. También se puede usar para ayudar a pagar utilidades del hogar (la electricidad, el gas, Internet y el teléfono) y artículos o servicios que superen el máximo cubierto para servicios dentales (servicios de diagnóstico y de restauración, prostodoncia, otra cirugía maxilofacial), de audición (audífonos de todos los tipos) o de la vista (anteojos; lentes y marcos). Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles.</p> <p>Durante el primer trimestre del año (de enero a marzo), puede usar un máximo de \$193 para pagar artículos o servicios elegibles. A partir de abril hasta</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>No paga nada por este beneficio, pero puede haber algunas limitaciones. Llame a su Equipo de atención de para obtener más información.</p>

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios****Tarjeta Flex (continuación)**

diciembre, puede usar \$63 por mes para pagar artículos o servicios elegibles.


El saldo de la tarjeta se transfiere después de cada trimestre, pero debe ser usado antes del final del año calendario (del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024). El saldo no utilizado en la tarjeta se devolverá al plan al final del año calendario o cuando deje el plan.

Use su tarjeta Flex como una tarjeta de débito para pagar las facturas de las utilidades del hogar directamente siempre y cuando tenga el monto total de la factura disponible en la tarjeta Flex al momento de realizar los pagos. Esto incluye cualquier tarifa de procesamiento que su compañía de utilidades del hogar pueda cobrarle. Por ejemplo, si su factura de la luz es de \$50 y la compañía eléctrica cobra una tarifa de conveniencia de \$2.50 por pagar con tarjeta, asegúrese de tener al menos \$52.50 disponible en su tarjeta Flex para pagar la totalidad de la factura.

Pague sus utilidades del hogar como lo hace actualmente y luego solicite un reembolso del costo del monto de su saldo disponible. Por ejemplo, si su factura de electricidad cuesta \$50 y usted la pagó con un cheque, pero el saldo disponible en su tarjeta Flex es de \$43, su reembolso será de \$43.

Si se inscribe en VNS Health Total después del 1/1/2024, el monto del beneficio de Flex se prorrateará. Esto significa que el monto de su beneficio se ajustará en función de la fecha en que su cobertura entre en vigencia. Por ejemplo, si su cobertura comienza el 1 de abril, en ese momento recibirá \$567.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tenga en cuenta que no puede utilizar la tarjeta Flex para otros tipos de productos o servicios. Llámenos si tiene preguntas sobre la cobertura de un artículo o servicio. No es una tarjeta de crédito. No puede obtener efectivo con la tarjeta ni prestársela a otras personas.</p>	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos impresos sobre la salud • Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y la línea directa de enfermería) <p>Línea de asistencia telefónica de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios descritos en esta sección.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios, cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Usted no paga nada por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen auditivo de rutina por año. • Dos evaluaciones de colocación de audífonos complementarios, limitadas a una por cada oído (una derecha, una izquierda) cada 3 (tres) años. • Dos audífonos complementarios cada tres años. • Límite de cobertura del plan de \$1,500 para audífonos complementarios, limitados a \$750 por 	<p>Usted no paga nada por los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por los beneficios auditivos cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>oído (uno para el oído derecho y uno para el oído izquierdo) cada tres años.</p> <p>Los servicios y los productos auditivos de Medicare y Medicaid están cubiertos cuando son médicamente necesarios para aliviar la discapacidad provocada por la pérdida o la deficiencia auditivas.</p>	
<p>Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Si se le diagnostica insuficiencia cardíaca en etapa cuatro y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), índices de fracción de eyección u otra enfermedad grave, es posible que sea elegible para el Programa de cuidados paliativos. Si es elegible para participar en el programa, se encuentra a su disposición sin costo adicional y está diseñado para brindar una capa adicional de apoyo junto con su tratamiento médico actual.</p> <p>Cuidados paliativos:</p> <p>En los cuidados paliativos se trabaja para mejorar su calidad de vida y la de su familia. Puede recibir atención a través del Programa de cuidados paliativos si tiene una enfermedad grave. Los cuidados son proporcionados por un equipo de médicos, profesionales de enfermería, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas y otras personas con formación especial. Su equipo será creado para usted y trabajará con usted, su familia y sus médicos para ayudarle a vivir la mejor vida posible.</p> <p>Si es elegible y se inscribe en el Programa de cuidados paliativos, un miembro de su equipo de atención lo llamará al menos una vez al mes. Junto con su administrador de atención, usted planificará la</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>frecuencia de llamadas para que le proporcionen ayuda y se asegure de que sus servicios satisfagan sus necesidades específicas de salud y para analizar otros recursos que pueda necesitar. Recibirá el siguiente apoyo mediante los servicios de administración de la atención:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación de atención integral en su hogar con un profesional de enfermería que coordinará su atención con su médico de atención primaria y su administrador de atención.• Planificación y objetivos de la atención a través de debates• Acceso a servicios sociales y recursos de la comunidad• Coordinación con su médico de atención primaria <p>Si resulta ser elegible para un centro para enfermos terminales durante su inscripción en cuidados paliativos y elige un centro para enfermos terminales, puede ser elegible para recibir atención transitoria y simultánea. Si es elegible, puede continuar con tratamientos curativos, como quimioterapia paliativa o hemodiálisis, durante un máximo de 60 días después de elegir un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red de servicios.</p> <p>Consulte el beneficio “Cuidados en centros para enfermos terminales” para obtener más información.</p> <p>Si resulta ser elegible para un centro para enfermos terminales durante su inscripción en cuidados paliativos y elige un centro para enfermos terminales,</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>puede ser elegible para recibir atención transitoria y simultánea.</p> <p>La atención simultánea de transición (TCC) incluye servicios que podría necesitar para continuar sus necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta 60 días después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor dentro de la red de servicios.</p> <p>Si es elegible, puede continuar con tratamientos curativos, como quimioterapia paliativa o hemodiálisis, durante un máximo de 60 días después de elegir un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red de servicios.</p> <p>Consulte el beneficio “Cuidados en centros para enfermos terminales” para obtener más información.</p>	
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para realizar pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted</p>	<p>Usted no paga nada por las consultas de atención</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. 	<p>médica a domicilio cubiertas por Medicaid o Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración subcutánea o intravenosa de medicamentos o agentes biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. 	<p>Usted no tiene que pagar por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa por parte del plan.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y educación para pacientes que, de otra manera, no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto; se pueden aplicar restricciones.* • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. • Monitoreo y servicios de monitoreo remoto (cubiertos en la visita de servicios profesionales). 	
<p>Cuidados en centros para enfermos terminales</p> <p>Los cuidados para enfermos terminales implican atención integral y compasiva, centrada en proporcionar alivio físico y asistencia emocional a personas con enfermedades avanzadas. Los objetivos principales son garantizar la comodidad, mejorar la calidad de vida y preservar la dignidad y elección, para poder vivir la vida con la mayor plenitud posible.</p> <p>Usted será elegible para el beneficio de centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Es posible que reciba atención a través de un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de cuidados en centros para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios en un centro de cuidados para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por VNS Health Total.</p>

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios****Cuidados para enfermos terminales (continuación)**

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.
- Atención de relevo a corto plazo.
- Atención médica a domicilio.

Para los servicios en un centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: VNS Health Total pagará sus servicios en un centro para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal: Si usted necesita servicios que no sean de emergencia o de urgencia que estén cubiertos conforme a la Parte A o Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, sus costos por estos servicios dependerán de si utiliza o no un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito de obtener autorización previa).

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, usted pagará el monto correspondiente a los costos compartidos de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios, pagará el costo compartido según las normas del plan descritas en la Sección 1.2 del Capítulo 3, “Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan”.

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar**
cuando obtiene estos
servicios

Para los servicios cubiertos por VNS Health Total pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: VNS Health Total seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. *(Como miembro del plan Total, tiene un costo compartido de \$0).*

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?)*.


Nota: Si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios.

Cuidados para enfermos terminales (continuación)

Si es elegible para un centro para enfermos terminales y elige uno, puede ser elegible para la atención simultánea de transición (TCC). La TCC incluye servicios necesarios para seguir abordando las necesidades de atención, según sea médicamente apropiado, para el tratamiento de su afección terminal. Estos servicios ayudan a proporcionar una transición a los cuidados para enfermos terminales y pueden incluir la reducción gradual de un tratamiento curativo

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>específico con el tiempo. La TCC requiere autorización previa y está disponible hasta 60 días después de elegir el centro para enfermos terminales, solo si elige un proveedor de cuidados para enfermos terminales dentro de la red.</p> <p>Si usted es elegible, pero no se siente listo para recibir cuidados para enfermos terminales, puede recibir servicios de apoyo a través del Programa de cuidados paliativos, como se describe en esta tabla debajo de la sección <i>Ayuda con determinadas afecciones</i>.</p>	
<p>Asignación de sustento para cuidados paliativos</p> <p>Asignación de sustento para cuidados paliativos: Si cumple los requisitos y elige un centro de cuidados para enfermos terminales con un proveedor de este tipo de atención dentro de la red de servicios, puede ser elegible para una Asignación de sustento para cuidados en un centro para enfermos terminales de \$500.</p> <p>La asignación es un beneficio complementario que permite la compra de bienes o servicios que sus beneficios del plan de salud no cubren.</p> <p>Estos bienes o servicios deben relacionarse con la provisión de comodidad y la mejoría de su calidad de vida mientras recibe cuidados paliativos. Algunos ejemplos son, entre otros, dispositivos/modificaciones de seguridad en el baño y el hogar; apoyo para cuidadores de personas inscritas, etc.</p>	<p>Copago de \$0 Asignación de sustento para cuidados en un centro para enfermos terminales: Si cumple los requisitos y elige un centro de cuidados para enfermos terminales con un proveedor de este tipo de atención dentro de la red de servicios, puede ser elegible para una Asignación de sustento para cuidados en un centro para enfermos terminales de \$500.</p> <p>Requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información sobre la lista completa de servicios cubiertos por el plan.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para las vacunas de neumonía, gripe, hepatitis B y contra la COVID-19.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados en un hospital</p> <p>Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa en el hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>El programa brinda servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital para servicios médicamente necesarios hasta 365 días por año (366 en años bisiestos).</p>	<p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p> <p>Si recibe atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red de servicios una vez que se haya estabilizado la afección de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. 	<p>hospital de la red de servicios.</p>
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red de servicios están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir recibir sus servicios de 	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si VNS Health Total ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. 	
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos. <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “<i>¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>”. Esta guía informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p><i>Carelon proporciona servicios de salud mental y conductual.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Los beneficiarios de Medicare solo pueden recibir un límite de por vida de 190 días de servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico. • Los servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días únicamente si se reúnen ciertas condiciones. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general. • Usted es elegible para recibir beneficios de salud mental adicionales de Medicaid. <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener información relacionada con la salud mental y conductual, llame a Carelon al 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755), lunes – viernes, 8 am – 8 pm. Disponible en caso de emergencias los 7 días de la semana, las 24 horas del día. 	<p>No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los servicios recibidos en un hospital de la red de servicios.</p> <p>Usted no paga nada por una estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red de servicios.</p> <p>Su cobertura incluye hasta 190 días de servicios de atención para pacientes hospitalizados en un hospital de por vida. Los servicios hospitalarios se tienen en cuenta para el límite de por vida de 190 días únicamente si se reúnen ciertas condiciones. Este límite no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se brindan en un hospital general.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de médicos.• Exámenes de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.	<p>Si recibe servicios en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada de la red de servicios, no se aplican deducibles ni copagos por los servicios que se mencionan en esta sección.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando lo solicita el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar el pedido todos los años si debe continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago, ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma con el equipo médico duradero (como los nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos de administración oral para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, 	<p>No se aplica un deducible anual para los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen[®], Procrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®] o Darbepoetin Alfa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de enfermedades causadas por deficiencias inmunitarias primarias. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D y la Parte B.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D, incluso las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de más de 30, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la terapia y las pruebas de detección de obesidad preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan por trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de los servicios usados para tratar el OUD a través del Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los Servicios del programa de tratamiento con opioides.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • La Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides. • Suministro y administración de esos medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento por abuso de sustancias • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas 	
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. 	<p>Usted no paga nada por las pruebas de diagnóstico, y los servicios y los suministros terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ingresar como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios tengan cobertura, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se suministran por orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de licencia estatal o estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “<i>¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i>”. La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Usted no paga nada por la observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está hospitalizado o es un</p>	<p>No se aplica un deducible ni un copago por los servicios recibidos en un hospital de la red de servicios.</p> <p>Medicaid cubre los deducibles, los copagos y el coseguro de Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”.</i></p> <p>La hoja de datos se encuentra disponible en línea en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, licenciado en consejería profesional (LPC), licenciado en terapia de pareja y familiar (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal correspondiente.</p> <p>Para obtener información relacionada con la salud mental y conductual, llame a Carelon al 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755), lunes – viernes, 8 am – 8 pm. Disponible en caso de emergencias los 7 días de la semana, las 24 horas del día.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia grupal o individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>Usted no paga nada por los servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan 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>Al ser usted miembro con doble elegibilidad, tiene derecho a recibir servicios adicionales cubiertos por Medicaid. No hay límites de cobertura para las visitas médicamente necesarias relacionadas con la terapia ocupacional (OT), la terapia del habla (ST) y la fisioterapia (PT) para pacientes ambulatorios que sean solicitadas por un médico u otro profesional matriculado.</p> <p>Consulte el Capítulo 13 para conocer los beneficios disponibles en virtud del plan Medicaid Advantage Plus de VNS Health Total.</p>	<p>Usted no paga nada por las siguientes visitas cubiertas por Medicare o Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas de fisioterapia; • visitas de terapia del habla y el lenguaje; y • visitas de terapia ocupacional. <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios por abuso de sustancias se proporcionan en una oficina, en clínicas, en el hogar del individuo o en otros lugares adecuados para proporcionar los servicios. Un médico, psicólogo clínico, asistente social clínico, profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica, una enfermera partera certificada, un auxiliar médico u otro proveedor sanitario calificado según Medicare proporciona los servicios.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta de tratamiento ambulatorio individual o grupal cubierta por Medicare o Medicaid para casos de abuso de sustancias.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluación inicial y continua.• Plan de atención individualizado con un foco de tratamiento claro• basado en las necesidades y la respuesta al tratamiento.• Psicoterapia individual y grupal centrada• en los comportamientos asociados con el consumo de alcohol y/o drogas, incluidos el estilo de vida, las actitudes, la prevención de las recaídas y la capacidad de afrontar el problema.• Orientación y participación familiar, según corresponda.• Planificación del alta, que incluye la identificación de los criterios reales del alta. <p>Un miembro se puede autorremitir para una evaluación por parte de un proveedor de la red de servicios en un período de 12 meses.</p>	<p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice por escrito una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, podría ser considerado un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Tarjeta de productos de venta libre (OTC) y comestibles**

VNS Health Total brinda cobertura para los artículos comestibles y de venta libre (OTC).

- Los miembros recibirán un catálogo de artículos y productos aprobados que incluye información sobre cómo acceder a este beneficio.
- También puede utilizar este beneficio para que le envíen productos frescos y alimentos directo a su hogar. Llame o visite las páginas web de estos proveedores asociados para hacer su pedido.
 - www.MomsMeals.com o llame al (877)347-3438 (TTY: 711), lunes – viernes, 7 am – 6 pm, hora estándar del centro.
 - www.sunmeadow.com o llame al 1-866-575-2772, 8 am – 6 pm, hora del este.
 - www.FarmboxRx.com o llame al (888)416-3589 (TTY: 711), lunes – viernes, 9 am – 6 pm, hora del este.
- Solo puede usar este beneficio para comprar artículos de uso personal. No puede utilizarlo para comprar artículos para sus dependientes ni ninguna otra persona.
- Su beneficio no puede cambiarse por dinero en efectivo.
- Su saldo no se acumulará de un mes a otro. Cualquier monto no usado se devolverá a VNS Health Total.
- Algunos artículos están marcados con “Doble propósito” y solo se pueden solicitar si el médico le recomienda utilizarlos.
- Algunos productos para la salud pueden estar disponibles para usted a través de Medicaid mediante el uso de su tarjeta de identificación de Beneficios de Medicaid.

Nota: Consulte el catálogo de la tarjeta de OTC y compras para obtener una lista de los artículos

Usted paga \$0.

Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$266 por mes para artículos comestibles y de venta libre (OTC).

Comuníquese con el equipo de atención para obtener una lista de artículos y farmacias participantes y minoristas elegibles.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>cubiertos. El catálogo también incluye una lista de los artículos de salud no cubiertos. Si no tiene una copia, llame a su equipo de atención y solicite que le envíen una.</i></p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en entorno de paciente ambulatorio de hospital o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p> <p>Medicaid cubre los deducibles, los copagos y los coseguros de Medicare.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Visitas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. 	<p>Usted no paga nada por cada consulta con un médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta con un especialista para los</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio, realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento con un médico o enfermero profesional. <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ○ Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en el hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. ○ Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación. ○ Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación <p>Consulte los beneficios de telesalud para obtener más información.</p>	<p>beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>No necesita una remisión para las consultas con un PCP o especialista.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: 	


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud.○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.○ Las excepciones pueden hacerse al respecto en determinadas circunstancias● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal.● Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo.○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores.○ El control no requiere una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana.● Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas, si:<ul style="list-style-type: none">○ Usted no es un paciente nuevo.○ La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días.○ La evaluación no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronta disponible.● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro médico electrónico.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad oncológica neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. <p>Tiene cobertura de hasta 6 consultas complementarias de podiatría de rutina al año.</p>	<p>Usted no paga nada por las consultas de podiatría cubiertas por Medicare.</p> <p>Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para la atención médicamente necesaria del cuidado de los pies.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
<p>Comidas después de una estancia hospitalaria aguda (después del alta)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede usar este beneficio para que le entreguen las comidas en su hogar después de un alta hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos. 	<p>Usted no paga nada por las comidas después de una estancia hospitalaria aguda.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Tiene cobertura para 28 comidas durante un período de 2 semanas hasta 3 visitas al hospital para pacientes hospitalizados al año. 	<p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios privados de enfermería</p> <p>Tienen cobertura cuando el médico determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden brindarse a través de una agencia certificada de atención a domicilio aprobada, una agencia certificada de atención médica a domicilio o un profesional privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, a tiempo parcial o constantes y deben ser provistos en el domicilio de la persona inscrita, de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico que indicó los servicios, el auxiliar médico autorizado o el profesional de enfermería certificado.</p>	<p>No existe copago para cada servicio cubierto por Medicaid que sea médicamente necesario.</p> <p>Requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal. Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de visión más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p>Consulte el Capítulo 13 para conocer los beneficios adicionales disponibles en virtud del plan Medicaid Advantage Plus.</p>	<p>Usted no paga nada por lo cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos. • Suministros médicos relacionados con aparatos protésicos, férulas y otros dispositivos. <p>Usted no paga nada por los dispositivos protésicos y suministros y beneficios relacionados cubiertos por Medicaid.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p> <p>Los suministros médicos no requieren autorización previa por parte del plan. No existen requisitos previos relacionados con la diabetes para los dispositivos ortopédicos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) de moderada a grave y tienen un pedido del médico que atiende su</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses</p> <p>Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquete-años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas ni por la LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>proporcionado por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial: el miembro debe obtener una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT que puede realizarse durante cualquier consulta adecuada a un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones cara a cara súper intensivas de consejería conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un médico de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Servicios cubiertos****Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios****Servicios para tratar la enfermedad renal**

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.
- Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente).
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial).
- Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).
- Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar.
- Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B,

Usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare para tratar afecciones y enfermedades renales.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.	

Servicios cubiertos**Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios****Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)**

(Para ver la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF).

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de atención de enfermería especializada. El plan también cubre los días cubiertos por Medicaid más allá del límite de 100 días de Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.
- Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.
- Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.

No se aplica un deducible anual por categoría de servicio.


Usted no paga nada por una estadía cubierta por Medicare o Medicaid en un centro de atención de enfermería especializada.

No se requiere hospitalización previa.

Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. Termina cuando se cumplen 60 días consecutivos sin recibir atención en un hospital o atención de servicios de enfermería especializada. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red de servicios. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red de servicios, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una residencia de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento que usted salga del hospital. 	
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses. No obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Consulte el beneficio de la “Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras” para obtener más información.</p> <p>Para aquellos miembros elegibles para recibir los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), VNS Health Total permitirá el uso de la asignación mensual para artículos de venta libre (OTC) del miembro para una lista ampliada de artículos aprobados que incluyen determinados comestibles. Los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) combinan el beneficio para artículos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir determinados artículos comestibles, que solo pueden usarse en determinadas farmacias y minoristas.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Este beneficio se combina con la Tarjeta de artículos de venta libre (OTC) y comestibles para cubrir los artículos comestibles elegibles.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La terapia de ejercicios supervisada (SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión 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 con los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración; comprender un programa de ejercicios o 	<p>Usted no paga nada por la terapia SET cubierta por Medicare.</p> <p>Requiere autorización previa.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>entrenamiento para PAD en pacientes con claudicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser llevado a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o el consultorio de un médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios sean mayores que los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte para la vida tanto básicas como avanzadas. <p>La SET puede tener cobertura más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas y sumar 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica determina que es médicamente necesario.</p>	
<p>Telesalud</p> <p>Los servicios de telesalud de Medicare incluyen determinados servicios médicos o de salud suministrados por un proveedor elegible que no se encuentra en su ubicación, mediante el uso de un sistema interactivo de telecomunicaciones bidireccional (como audio y video en tiempo real).</p> <p>Los servicios que se incluyen son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencia • Servicios de atención médica a domicilio; • Servicios de médicos de atención primaria; • Servicios de terapia ocupacional; • Servicios de médicos especialistas; • Sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental 	<p>Usted no paga nada por la telesalud cubierta por Medicare.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría • Sesiones grupales para servicios de psiquiatría; • Servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje; • Servicios del programa de tratamiento con opioides; • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios; • Servicios de observación • Servicios en un Centro quirúrgico ambulatorio (ASC); • Sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios • Sesiones grupales de servicios por abuso de sustancias para pacientes externos • Servicios educativos sobre enfermedades renales • Capacitación para autocontrol de la diabetes 	
<p>Transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los viajes de ida y vuelta a centros aprobados por el plan están cubiertos. • Los servicios de transporte que no sean para casos de emergencia están cubiertos. <p>El medio de transporte es automóvil o ambulancia.</p> <p>Llame al número a continuación para programar viajes de ida y vuelta a las citas médicas al menos con 48 horas de anticipación.</p> <p>1-877-718-4219 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios de transporte cubiertos por Medicaid.</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
Servicios de urgencia	



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas sus circunstancias, no es posible, o es irracional, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas las circunstancias, no resulta razonable que reciba atención médica inmediata de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Los siguientes son ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red: Si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios inmediatos para tratar una condición imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o si, dadas sus circunstancias, no es razonable que obtenga inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. El costo compartido para los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados en la red.</p> <p>Tiene cobertura por hasta \$50,000 anuales en cuidados de emergencia y servicios de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos y su territorio. Consulte la sección “Cobertura internacional” para obtener más información.</p>	<p>Usted no paga nada por las consultas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p> Atención de la vista</p> <p><i>Superior Vision proporciona los servicios de atención de la vista.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y 	<p>Usted no paga nada por los artículos y los servicios descritos en esta sección.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, y estadounidenses de origen hispano de 65 años o más. • En el caso de las personas con diabetes, la prueba de detección para retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>Los exámenes de la vista están cubiertos cada 12 meses, desde la última fecha de servicio.</p> <p>Las pruebas de glaucoma no tienen costos compartidos.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
<p>También tiene cobertura para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año. • Un examen de la vista de rutina adicional cada 2 años. • Un par de anteojos (marcos y cristales) o un par de lentes de contacto, pero no ambos. • Límite de cobertura de \$300 para un par de anteojos (marcos y cristales) o lentes de contacto por año. <p>Nota: Un examen de la vista de rutina es para verificar la visión, detectar enfermedades oculares y/o</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>actualizar las prescripciones de anteojos o lentes de contacto.</p>	
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <p>Se requiere determinar la necesidad médica para todos los anteojos. Los lentes estándar incluyen lentes simples, bifocales y trifocales. Los lentes estándar no incluyen lentes especializados, tales como lentes de transición, tonalizados, progresivos o de policarbonato. Los lentes de contacto estándar incluyen lentes de uso diario extendido, desechables, de uso diario estándar, tóricos o rígidos permeables al gas.</p> <p>Si tiene preguntas relacionadas con la atención de la vista, llame a Superior Vision al 1-800-879-6901 TTY: 1-800-201-7165</p> <p>De lunes a viernes: De 8 am a 9 pm (hora del este) Sábados: De 11:00 a. m. a 4:30 p. m. (horario del este)</p>	
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuando haga su cita, dígame a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	
<p>Cobertura internacional Usted cuenta con un límite de cobertura del plan de \$50,000 por año para atención de emergencia y servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Si recibe atención de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos, debe presentar un formulario para el reembolso. La documentación de respaldo incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del miembro • Fecha de servicio • Nombre, tipo, dirección y teléfono del proveedor • Descripción de los servicios • Monto abonado 	<p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

<p>Sección 2.2 Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid para los miembros de VNS Health Total</p>

VNS Health Total es un plan de necesidades especiales integrado con doble elegibilidad que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos los servicios adicionales de atención a largo plazo, y que está específicamente diseñado para los miembros que requieren un nivel de atención de un hogar de convalecencia.

La siguiente tabla enumera los beneficios y los servicios adicionales de Medicaid disponibles para los miembros de VNS Health Total. En la mayoría de los casos, deberá usar su tarjeta de identificación (ID) de VNS Health Total para recibir los beneficios adicionales descritos en esta sección. Sin embargo, algunos de los beneficios descritos en esta sección solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de Nueva York, y no por VNS Health Total.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Deberá usar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York cuando acceda a los servicios que solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de Nueva York.

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención médica de día para adultos</p> <p>Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición y sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares. Servicios proporcionados en SNF o extensiones aprobados.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento diurno continuo (CDT): Les brinda a los adultos a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días por semana cuando las visitas duran más de una hora. ○ Hospitalización parcial (PH): Un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización. 	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Atención de rehabilitación para pacientes externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tratamiento asertivo comunitario (ACT): ACT es un enfoque del equipo para el tratamiento, el apoyo y los servicios de rehabilitación. Muchos servicios los proporciona el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. ACT es para las 	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave o problemas emocionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes externos de salud mental (MHOTRS): Un programa que brinda tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica en su comunidad. ○ Servicios orientados de recuperación personalizada (PROS) Un programa completo de recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, el apoyo y la terapia para ayudar en su recuperación. 	
<p>Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes externos para miembros que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE): Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos de salud conductual móviles para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios de CORE están disponibles para los miembros que han sido identificados por el estado a medida que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede remitir o autorremitirse a los servicios CORE. ○ Rehabilitación psicosocial (PSR): Este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como forjar vínculos sociales; encontrar o mantener un trabajo; 	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>comenzar la escuela o retormarla; y utilizar los recursos de la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST): Este servicio le ayuda a controlar los síntomas mediante el asesoramiento y el tratamiento clínico. ○ Servicios de empoderamiento: apoyo de pares Este servicio le pone en contacto con compañeros especialistas que han transitado la recuperación. Usted recibirá apoyo y asistencia para las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> ● aprender a vivir con los problemas de salud y ser independiente; ● tomar decisiones sobre su propia recuperación; y ● encontrar apoyo y recursos naturales. ○ Capacitación y apoyo familiar (FST) Este servicio proporciona a su familia y a amigos la información y las habilidades necesarias para ayudarle y apoyarle. 	
<p>Servicios de crisis de salud mental para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP): Un programa basado en el hospital que brinda apoyo y camas de observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia. ○ Servicios móviles para casos de crisis o atención telefónica de crisis: Un servicio comunitario que responde a las personas que están atravesando una crisis de salud mental o de adicción. ○ Programas residenciales para crisis: Una residencia a corto plazo que brinda servicios durante 	<p>Copago de \$0 No se requiere autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>las 24 horas del día hasta 28 días, para las personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.</p>	
<p>Servicios para adicciones para pacientes adultos ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los centros de tratamiento con opioides (OTP) son sitios certificados por la OASAS donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica de OTP de por vida. 	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios residenciales para la adicción para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios residenciales son para personas que necesitan apoyo durante las 24 horas de su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación. 	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos internados</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC) brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada 	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También apoyan la planificación de atención poshospitalaria. Los tipos de servicios de tratamiento de la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para atender a hombres o mujeres, y mucho más.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los programas de rehabilitación de adicciones para pacientes internados pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos por abuso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención de 24 horas, los 7 días de la semana, es decir, están supervisadas en todo momento por el personal médico. Los servicios para pacientes internados incluyen el manejo de síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias. ○ Los programas de desintoxicación para pacientes hospitalizados médicamente supervisados ofrecen tratamiento para pacientes internados para una extracción moderada e incluyen supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica en un plazo de veinticuatro (24) horas de ingreso y supervisión médica de afecciones de intoxicación y abstinencia. 	<p>obtener más información.</p>
<p>Servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor</p> <p>Un servicio especializado donde un miembro o una persona que actúa en nombre del miembro,</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>denominada representante designado, autodirige y administra la atención personal del miembro y otros servicios autorizados.</p> <p>Los servicios incluyen asistencia parcial o total con la higiene personal, vestimenta y alimentación, asistencia para preparar comidas y tareas domésticas, además de tareas de un auxiliar de atención médica a domicilio y servicios de enfermería. Esto es proporcionado por un auxiliar personal elegido y dirigido por el miembro o un representante designado.</p>	<p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Comidas en comedores comunitarios y entregadas en domicilio</p> <p>Comidas proporcionadas en el hogar o en centros comunitarios; p. ej., centros para personas de edad avanzada para personas que no pueden preparar comidas o hacer que se las preparen.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios médico-sociales</p> <p>Evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Nutrición</p> <p>Evaluación de estado/necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, capacitación en el trabajo. Incluye consideraciones culturales.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios de atención personal</p>	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Asistencia que sea médicamente necesaria para actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse, y tareas funcionales relacionadas con el apoyo nutricional y ambiental. Los servicios de atención personal requieren el pedido de un médico y aprobación previa, y deben ser médicamente necesarios.</p>	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios de respuesta ante emergencias personales (Personal Emergency Response Services, PERS) Dispositivo electrónico que les permite a las personas recibir ayuda en situaciones de emergencia física, emocional o ambiental.</p>	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Servicios privados de enfermería Este tipo de servicio brinda servicios de enfermería continuos en su hogar o lugar de residencia. Esto dependerá del plan de tratamiento escrito del médico que hace el pedido, el auxiliar médico registrado o el profesional de enfermería certificado. Los servicios de enfermería privada deben ser proporcionados por una persona que esté autorizada y esté actualmente registrada en el Departamento de Educación del estado de Nueva York para ejercer como enfermero matriculado o auxiliar de enfermería autorizado.</p>	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>
<p>Apoyo social y ambiental Servicios y artículos para apoyar la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de empleada/tareas domésticas, mejoras en el hogar y cuidados paliativos.</p>	<p>Copago de \$0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios adicionales de Medicaid que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
	equipo de atención para obtener más información.
<p>Asistencia social de día</p> <p>Programa estructurado e integral que les brinda a las personas con discapacidad funcional socialización; supervisión y control; atención personal y nutrición en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero por períodos menores a las 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, mantenimiento y mejora de las capacidades para desenvolverse en el hogar, transporte, asistencia por parte de un cuidador y administración de casos y asistencia.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de VNS Health Total?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por VNS Health Total

Los siguientes servicios no están cubiertos por VNS Health Total, pero están disponibles a través de Medicaid:

Servicios de Medicaid no cubiertos por VNS Health Total

***Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por VNS Health Total, pero están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid. Para acceder a estos beneficios, deberá presentar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York.**

Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:

- Tratamiento diurno

Copago de \$0

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Servicios de Medicaid no cubiertos por VNS Health Total**

***Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por VNS Health Total, pero están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid. Para acceder a estos beneficios, deberá presentar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York.**

- Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales)

Clínicas de salud conductual comunitarias certificadas (CCBHC)	Copago de \$0
---	---------------

Servicios de intervención en casos de crisis para jóvenes de 18 a 20 años	Copago de \$0
--	---------------

Servicios de apoyo en la comunidad (CSS)	Copago de \$0
---	---------------

Terapia de observación directa para la tuberculosis	Copago de \$0
--	---------------

Servicios de administración de la atención de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)	Copago de \$0
--	---------------

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	Copago de \$0
--	---------------

Servicios de planificación familiar fuera de la red de servicios en virtud de las disposiciones de acceso directo	Copago de \$0
--	---------------

Servicios de rehabilitación brindados a los residentes de residencias comunitarias (CR) con licencia de OMH y programas de tratamiento basados en la familia	Copago de \$0
---	---------------

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan NI por Medicare NI por Medicaid?

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan NI por Medicare (exclusiones de Medicare) NI por Medicaid

En esta sección se describen los tipos de servicios que están excluidos por Medicare.

En la siguiente tabla, se describen algunos servicios y productos que no cubre el plan *NI* Medicare *NI* Medicaid en ninguna circunstancia, o que están cubiertos por el plan *O* Medicare *O* Medicaid solo en determinadas condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos, y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para las personas que padecen dolor crónico en la región lumbar en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
		mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
<p>Cuidado asistencial</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos que cobren los familiares directos o los	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
integrantes de su familia por la atención brindada.		
Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención dental que no es de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédico y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o un centro de atención de enfermería especializada;	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
por ejemplo, un teléfono o un televisor.		
Habitación privada en un hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de un procedimiento de esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	
Atención de quiropráctica de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Los servicios considerados como no razonables ni necesarios, según Original Medicare.	Sin cobertura en cualquier circunstancia	

CAPÍTULO 5:

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

Debido a que es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de los medicamentos recetados. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información que no aplique para usted en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su equipo de atención y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de su equipo de atención están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red de servicios para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su*

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

medicamento recetado en una farmacia de la red a través del servicio de pedido por correo del plan).

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red de servicios

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red de servicios es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red de servicios**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red de servicios, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (vnshealthplans.org/providers) o llamar a su equipo de atención.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que

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

los costos compartidos en una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Póngase en contacto con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar los costos que paga de su bolsillo para los diferentes medicamentos.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red de servicios del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red de servicios. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través del equipo de atención o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org/providers para obtener más información.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC). Normalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está 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, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con su equipo de atención.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red de servicios.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del

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

proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a su equipo de atención.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de servicios del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo están marcados con NM en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 100 días**, excepto con los medicamentos especializados, que tienen un límite de 30 días.

Para recibir por correo los formularios de pedidos e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, revise la información incluida en el kit de bienvenida o llame a su equipo de atención para solicitar una copia del formulario de pedido por correo. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no se encuentra en la red de servicios del plan, su medicamento recetado no se cubrirá.

Por lo general, le entregarán el pedido de farmacia de pedido por correo en no más de **10 días**. Sin embargo, a veces su pedido por correo puede demorarse. Si existiera una demora en la recepción de sus medicamentos recetados mediante el servicio de pedido por correo, comuníquese con el equipo de atención.

Para asegurarse de que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted al incluir su número de teléfono en el formulario de pedidos por correo.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le

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

proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle qué hacer con el nuevo medicamento recetado: si se debe enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento recetado.

Resurtido de recetas para pedido por correo. Para los resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 10 días de anticipación antes de que su receta actual se agote para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo
--------------------	---

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento pagando el monto de costos compartidos de pedidos por correo. Otras farmacias minoristas posiblemente no acepten los montos de costos compartidos de pedidos por correo. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su equipo de atención 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.

Sección 2.5 **Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan****En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. **Primero consulte con el equipo de atención** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red de servicios y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red de servicios.

Aquí se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Un miembro no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro del área de servicio del plan porque no hay ninguna farmacia de la red disponible a una distancia razonable.
- Un medicamento de la Parte D despachado por una farmacia ubicada en una institución fuera de la red mientras el miembro se encuentra en la sala de emergencias.
- Un miembro, cuando está fuera del área de servicio, se enferma o se queda sin sus medicamentos y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Se receta un medicamento de la Parte D cubierto y el medicamento no está en el inventario regular de una farmacia de la red accesible.

En estos casos, **primero consulte con el equipo de atención** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red de servicios y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red de servicios.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red de servicios, deberá pagar el costo total (y no su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que*:

- Cuando está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, cuando es avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca que sea propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando hablamos de “medicamentos”, podríamos hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca y los productos biológicos suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos medicamentos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención.

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?
--

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que proporcionamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: La “Lista de medicamentos” que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia.
2. Visite la página web del plan vnshealthplans.org/formulary. La “Lista de medicamentos” disponible en el sitio web siempre es la más actualizada.

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

3. Llame al equipo de atención para saber si un medicamento en particular está incluido en la “Lista de medicamentos” o para pedir una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (www.medimpact.com) del plan o llame a su equipo de atención). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma condición.

SECCIÓN 4 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 4.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (EOB de la Parte D)
--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando reabastece o repite el surtido de sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se llama **costos que paga de su bolsillo**.
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si obtuvo uno o más medicamentos recetados mediante el plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La Explicación de cobertura (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

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

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta.

Sección 4.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos recetados.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, presente copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe presentar copias de los recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red de servicios a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.

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

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red de servicios u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 5 Hay restricciones con respecto a la cobertura de algunos medicamentos

Sección 5.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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 variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del

medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el equipo de atención para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo con eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca o de productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o intercambiable del biosimilar disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original, pero generalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o intercambiable del biosimilar de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica o intercambiable del biosimilar en lugar del medicamento de marca o los productos biológicos originales.**

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

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

SECCIÓN 6 **¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?**

Sección 6.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con restricciones. Ejemplos:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.

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

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 6.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, existen opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del 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 debe estar restringido ahora 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.
- **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 para un máximo de un suministro para 31 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 31 días del medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red de servicios. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

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

- **Para miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.

- Si experimenta un cambio en su nivel de atención, como mudarse de un hospital a un entorno domiciliario y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, o si su capacidad de obtener el medicamento es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días como miembro de nuestro plan, cubriremos un suministro único temporal para 31 días como máximo cuando acuda a una farmacia de la red de servicios. Durante este período, debe usar el proceso de excepciones del plan si desea tener cobertura continua de los medicamentos una vez que se limite su suministro temporal.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a su equipo de atención.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al equipo de atención para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

SECCIÓN 7 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 7.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año
--

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio 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 realizar lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Sección 7.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

Información sobre modificaciones en la cobertura para medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor, y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le indiquemos con anticipación antes de que realicemos ese cambio, aún si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos 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 autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que son retirados del mercado**
 - A veces, un medicamento se puede considerar no seguro o se puede retirar del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que quitemos inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.

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

- La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otras modificaciones a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Una vez iniciado el año, podríamos realizar otras modificaciones que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca de la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos enviarle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle del cambio y entregarle un suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red de servicios.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a emitir recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que realicemos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

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

- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 8 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos recetados que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

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

- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando esté sustentada por ciertas referencias, como la *American Hospital Formulary Service Drug Information* (Información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital) y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
 - Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
 - Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
 - Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
 - Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
 - Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
 - Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
 - Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

SECCIÓN 9 Cómo surtir una receta

Sección 9.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento recetado, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro en la farmacia de la red de servicios que usted elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por su medicamento.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de membresía?

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de surtir su medicamento recetado, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.**

SECCIÓN 10 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 10.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura que se detallan en este capítulo.

Sección 10.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que el centro use, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red de servicios. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con el equipo de atención. Si usted está 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 reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos” o que tiene algún tipo de restricción?

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

Sección 10.3 ¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el centro porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus condiciones relacionadas, el profesional que receta o su proveedor de cuidados para enfermos terminales deben informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de surtir su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este

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

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

SECCIÓN 11 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

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

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 11.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen opioides recetados y otros medicamentos con frecuencia mal usados. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar junto con sus médicos decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos recetados solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirmará la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9. No se le aplicará nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo

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

relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 11.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con su equipo de atención.

CAPÍTULO 6:

*Lo que le corresponde pagar por
los medicamentos recetados
de la Parte D*



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

Debido a que es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos del plan de los medicamentos recetados. Debido a que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D***. Hemos incluido un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su equipo de atención y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de su equipo de atención están impresos en la contraportada de este documento).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red de servicios facturan los servicios y medicamentos cubiertos directamente al plan. Usted no debe recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado un servicio o un artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se comentó en el documento. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red de servicios o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.

Capítulo 7 **Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**

- Si paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le realicemos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

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

Los proveedores de la red de servicios siempre deben facturar al plan directamente. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red de servicios, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe solicitarnos que le devolvamos el costo de los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le demos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el reembolso.

4. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibí por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe ser cubierto, le reembolsaremos el costo del servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí

Puede solicitarnos que le reembolsemos mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y los recibos para sus registros.

Para la Parte C (reclamaciones médicas), envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

VNS Health
Health Plans - Claims
PO Box 4498
Scranton, PA 18505

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días o un año a partir de la fecha en que recibió el servicio o el artículo.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para la Parte D (reclamaciones de medicamentos recetados), envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509098
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 914-378-6151
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

Debe presentarnos el reclamo dentro de los 3 años a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos por el servicio. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. This document may be available in Spanish and Chinese. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call your Care Team.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. En este caso, solo pagará los costos compartidos 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 ir para obtener este servicio al costo compartido de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

1.1 Nosotros debemos brindarle información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra legible u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan posee personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas a miembros discapacitados y que no hablen el idioma inglés. Este documento también está disponible en idioma español y chino. También podemos darle información en braille, en letra legible u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para recibir información acerca de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Miembro al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar la información de contacto en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Miembro para obtener información adicional.

1.1 我們必須以適合您的方式提供信息（包括英語以外的其他語言、盲文、大號字體、或其他各式等）

如需我們以適合您的方式提供信息，請致電會員服務部（電話號碼印於本冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，可回答殘障會員和不說英語的會員提出的問題。我們提供西班牙文和中文版書面資料。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您

查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊的方式，請致電會員服務部 1-866-783-1444 每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 (聽障人士請致電 711) 提出申訴。您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提交投訴，或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保範圍說明書或本郵件中，或您可聯絡會員服務部獲得其他資訊。

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria de la red del plan para que brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No tiene que obtener remisiones para visitar a proveedor de la red de servicios.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de servicios del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le hayan proporcionado *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a reabastecerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red de servicios, sin demoras prolongadas.

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.

- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del Gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al equipo de atención.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de VNS Health OHCA

ESTE AVISO CONJUNTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (EL “AVISO”) DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

¿Quién respetará este Aviso?

El Acuerdo de atención médica organizada (OHCA) de VNS Health (“OHCA de VNS Health”, “nos” o “nosotros”) es un acuerdo de atención médica organizada compuesto por las entidades que se indican abajo: (cada una es un “Miembro del OHCA” y, en conjunto, son los “Miembros del OHCA”). A los efectos de nuestras prácticas de privacidad, se nos considera una única entidad.

Visiting Nurse Service of New York Home Care II d/b/a VNS Health Home Care
New Partners, Inc. d/b/a VNS Health Personal Care
VNS CHOICE d/b/a VNS Health Health Plans
Visiting Nurse Service of New York Hospice Care d/b/a VNS Health Hospice Care
Medical Care at Home, P. C.
VNSNY Care Management IPA, Inc.

El VNS Health OHCA se formó con el propósito principal de mejorar la calidad de la atención que se le brinda. La membresía en el VNS Health OHCA les permite a los miembros del OHCA compartir información de salud entre ellos para administrar actividades operativas conjuntas. Para poder brindarle atención o pagar por sus servicios, los miembros del OHCA reúnen, crean y conservan información de salud sobre usted, que incluye toda información que pueda identificarlo personalmente que obtenemos de usted u otras personas que se relacionan con su salud mental o física pasada, presente o futura, la atención médica que recibió o el pago de su atención médica. Cada miembro del OHCA tiene la obligación en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentaciones de aplicación,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

según sus enmiendas regulares (en conjunto, "HIPAA") de mantener la privacidad y seguridad de esta información.

En este Aviso, se describe cómo los miembros del OHCA usan y divulgan su información de salud, y se explican determinados derechos que usted tiene con respecto a esta información. Cada Miembro del OHCA tiene la obligación legal de proporcionarle este Aviso, y cumpliremos con los términos establecidos. Todos los Miembros del OHCA respetarán las prácticas de privacidad presentes en este Aviso, incluidos su personal y sus socios comerciales. Solo usaremos o divulgaremos su información de salud de la manera que se describe en este Aviso, salvo que usted nos notifique por escrito a la dirección que se indica abajo que tenemos permiso para usar su información de salud de una manera que no sea la que se describe en este Aviso. Este Aviso no modifica la condición de independiente de ningún miembro del OHCA ni hace que los miembros del OHCA sean responsables de manera conjunta de la negligencia, los errores o las faltas de cualquier otro miembro del OHCA.

Cómo el VNS Health OHCA usa y divulga su información de salud

Los miembros del OHCA protegen su información de salud contra el uso y la divulgación inadecuados. Los miembros del OHCA usarán y divulgarán su información de salud solo para los fines que se indican abajo:

1. **Usos y divulgaciones para actividades de tratamiento, pago y atención médica.**
Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para brindarle atención o tratamiento, obtener el pago por los servicios que se le brindan y para llevar a cabo nuestras actividades de atención médica como se detalla abajo.
 - a. **Tratamiento y administración de la atención.** Podemos usar y divulgar su información de salud para facilitar el tratamiento que los miembros del OHCA le brindan y para coordinar y administrar su atención con otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, el médico clínico miembro del OHCA puede analizar sus afecciones de salud con su médico para planificar los servicios clínicos que reciba en su hogar. También podemos dejar información de salud en su hogar con el propósito de que otros cuidadores estén al tanto de la información necesaria.
 - b. **Pago.** Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestros propios fines de pago y para ayudar en las actividades de pago de otros proveedores de atención médica. Nuestras actividades de pago incluyen, entre otras, determinar su elegibilidad para beneficios y obtener el pago de otros aseguradores que pueden ser responsables de proporcionarle cobertura, incluidas las entidades federales y estatales.
 - c. **Actividades de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información de salud para respaldar nuestras funciones, que incluyen, entre otras, la administración de la atención, actividades de mejora de la calidad, evaluación de nuestro propio rendimiento y resolución de cualquier reclamo o queja que usted

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

tenga. También podemos usar y divulgar su información de salud para ayudar a otros proveedores de atención médica en la realización de operaciones de atención médica.

2. Usos y divulgaciones sin su consentimiento o autorización. Podemos utilizar y divulgar su información de salud sin su autorización específica por escrito para los siguientes fines:
 - a. Cuando la ley lo requiera. Podemos utilizar y divulgar su información de salud según lo exijan las leyes estatales, federales y locales vigentes.
 - b. Actividades de salud pública. Podemos divulgar su información de salud a las autoridades públicas u otras agencias y organizaciones que llevan a cabo actividades de salud pública, como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos, muertes, abuso o abandono de menores, violencia doméstica, posibles problemas con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos o enfermedades transmisibles.
 - c. Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica. Podemos divulgar su información de salud a una agencia gubernamental apropiada si creemos que es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, y si usted acepta que la divulguemos, o si la ley requiere o permite que sea divulgada. Le informaremos si divulgamos su información de salud para este fin, a menos que consideremos que avisarle a usted o a su cuidador pondría a usted o a otra persona en riesgo de sufrir daños graves.
 - d. Actividades para la supervisión de la salud. Podemos divulgar su información de salud a agencias federales o estatales de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y estudios de licencias.
 - e. Procedimientos administrativos y judiciales. Podemos divulgar su información de salud en el transcurso de procedimientos judiciales o administrativos, o en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas o con otro propósito legal.
 - f. Fines de cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información de salud a una agencia encargada del cumplimiento de la ley para responder a la orden de un tribunal, una orden judicial, una citación o un proceso similar, ayudar a identificar o ubicar a una persona sospechosa o perdida, brindar información sobre la víctima de un delito, un fallecimiento que puede ser el resultado de una actividad delictiva o una conducta delictiva en nuestras instalaciones, o en situaciones de emergencia, para denunciar un delito, el lugar del delito o las víctimas, o la identidad, ubicación o descripción de la persona que lo cometió.
 - g. Personas fallecidas. Podemos divulgar su información de salud a un médico forense, médico examinador o director fúnebre, según sea necesario y conforme a lo autorizado por la ley.
 - h. Donaciones de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información de salud a organizaciones de obtención de órganos y entidades similares con el propósito de ayudarles a obtener, almacenar o trasplantar órganos o tejidos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- i. Investigación. Podemos usar o divulgar su información de salud con fines de investigación, como en estudios donde se comparan los beneficios de los tratamientos alternativos que reciben nuestros pacientes o en investigaciones sobre cómo mejorar nuestra atención. Usaremos o divulgaremos su información de salud con fines de investigación solo con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB), que debe cumplir un proceso de aprobación especial. Antes de permitir cualquier uso o divulgación de su información de salud para fines de investigación, nuestra IRB sopesará las necesidades de los investigadores y el posible valor de su investigación con la protección de su privacidad. Cuando se lo requiera, obtendremos su autorización por escrito antes de usar su información de salud para investigación.
- j. Salud o seguridad. Podemos usar o divulgar su información de salud para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad, o la del público en general. También podemos divulgar su información de salud a organizaciones públicas o privadas de ayuda en caso de desastres, como la Cruz Roja u otras organizaciones que participan en respuesta al bioterrorismo.
- k. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos usar o divulgar su información de salud para brindar asistencia con determinados tipos de actividades gubernamentales. Si es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o de un país extranjero, podemos divulgar su información de salud a las autoridades militares apropiadas, según se considere necesario. También podemos divulgar su información de salud a funcionarios federales para actividades de inteligencia o de seguridad nacional autorizadas por ley.
- l. Indemnización por accidentes laborales. Podemos usar o divulgar su información de salud según lo permitido por las leyes que rigen el programa de indemnización por accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- m. Personas implicadas en su atención. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, otro pariente o amigo personal cercano que le ayudan a recibir los servicios de atención médica. Si está disponible, le daremos la oportunidad de objetar estas divulgaciones, y no las realizaremos si lo hace. Si no está disponible, determinaremos si una divulgación a su familia o amigos es lo mejor para usted, teniendo en cuenta las circunstancias y en función de nuestro criterio profesional.
- n. Comunicaciones sobre citas, información y servicios. Podemos comunicarnos con usted o su representante personal designado por correo electrónico, así como mediante mensajes de texto o llamadas telefónicas (incluso a su teléfono celular) utilizando mensajes automatizados o pregrabados para brindarle recordatorios de citas y consultas, encuestas de satisfacción del paciente, correos electrónicos y boletines informativos de bienvenida al programa, o información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud. La frecuencia de estos mensajes variará. Tiene derecho a optar por no recibir llamadas ni mensajes de texto siguiendo las instrucciones correspondientes para cancelar la suscripción o darse de baja que fueron

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

proporcionadas, enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" o comunicándose con VNS Health o su proveedor externo designado. Es posible que se apliquen tarifas estándar por el uso de mensajes y datos. Si ya no desea recibir correos electrónicos, puede hacer clic en el hipervínculo titulado "Cancelar suscripción" en la parte inferior de cualquier correo electrónico que le envíe VNS Health y luego seguir las instrucciones para cancelar la suscripción del correo electrónico. Su consentimiento para recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos no es una condición para que reciba otros servicios de atención médica de VNS Health. Tenga en cuenta que las comunicaciones transmitidas a través de correo electrónico no cifrado, mensajes de texto o a través de una red abierta pueden ser intrínsecamente inseguras y no hay garantía de confidencialidad para la información comunicada de esta manera. Además, los correos electrónicos y mensajes de texto tienen riesgos de privacidad inherentes, especialmente cuando el acceso a su computadora o dispositivo móvil no está protegido con contraseña.

- o. Recaudación de fondos. Como organización de atención médica sin fines de lucro, nuestra agencia matriz, VNS Health, puede identificarlo como paciente para fines de recaudación de fondos y marketing. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos comunicándose con nosotros a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono que proporcionamos en la comunicación de recaudación de fondos, o completando y enviando por correo una tarjeta postal prepaga y preimpresa incluida en dicha comunicación.
- p. Usos y divulgaciones secundarios. Algunas veces se producen divulgaciones y usos secundarios de su información de salud, que no se consideran una violación de sus derechos. Las divulgaciones y los usos secundarios son consecuencias de usos y divulgaciones permitidos de otra forma que están limitados en naturaleza y no se pueden evitar razonablemente.
- q. Acuerdo organizado de atención médica. Podemos compartir su información de salud entre nuestros miembros del OHCA para realizar operaciones de atención médica, salvo que otra ley o reglamentación lo limite de otro modo. Por ejemplo, su información de salud puede compartirse en todo el VNS Health OHCA para evaluar la calidad, la eficacia y el costo de la atención.
- r. Representante personal. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal autorizado, como su abogado, administrador, albacea, apoderado para cuestiones de atención médica u otra persona autorizada que sea responsable de usted o su patrimonio.
- s. Socios comerciales. Podemos divulgar su información de salud a otras compañías o personas, denominadas "Socios comerciales", que nos prestan servicios. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con una compañía que presta servicios de facturación o de administración de atención en nombre de nosotros. Nuestros Socios comerciales tienen la obligación de proteger la privacidad y seguridad de su información de salud y de notificarnos si se produce un uso o una divulgación inadecuados de su información de salud.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- t. Anonimización y anonimización parcial. Podemos anonimizar su información de salud mediante la eliminación de las características que lo identifican, según lo determina la ley, para hacer que sea extremadamente improbable que lo puedan identificar con la información y podemos usar o divulgar dicha información anonimizada. También podemos usar y divulgar su información de salud “parcialmente anonimizada” para operaciones de investigación, salud pública o atención médica si la persona o entidad que recibirá la información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la información, según lo exige la ley federal y estatal. La información de salud parcialmente anonimizada no contendrá información que lo identifique directamente (como su nombre, dirección, número de Seguro Social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de página web o número de licencia).
3. Intercambios de información de salud. Participamos en los intercambios de información de salud (HIE) seguros, como los que administran Healthix y Bronx RHIO. Los HIE ayudan a coordinar la atención de los pacientes de manera eficiente al permitir que los proveedores de atención médica que participan en su atención compartan información entre sí de una manera segura y oportuna. Si usted da su consentimiento, los miembros del OHCA pueden usar, divulgar y acceder a su información de salud a través de los HIE en los que el VNS Health OHCA participa con fines de actividades de tratamiento, pago y atención médica.
4. Tratamiento especial de determinados registros. La información relacionada con el VIH, la información genética, los registros sobre abuso de sustancias y alcohol, los registros de salud mental y otra información de salud especialmente protegida pueden contar con determinadas protecciones de confidencialidad especiales conforme a la ley estatal y federal aplicable. Cualquier divulgación de estos tipos de registros estará sujeta a estas protecciones especiales. Específicamente, si se aplica a usted, los registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias protegidos de conformidad con la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) no se compartirán entre los miembros del OHCA, a menos que dicha divulgación esté permitida por la Parte 2.
5. Cómo obtener su autorización para otros usos y divulgaciones. Ciertos usos y divulgaciones de su información de salud se harán solo con su autorización por escrito, incluidos los siguientes: (a) notas de psicoterapia (si corresponde); (b) para fines de marketing y (c) que constituyan una venta de la información de salud conforme a la Norma de privacidad de la HIPAA. Los Miembros del OHCA no usarán ni divulgarán su información de salud por ningún motivo que no esté especificado en este Aviso, que no sean los usos o divulgaciones que de otro modo la ley permita o exija, a menos que obtengamos su autorización expresa por escrito o la autorización de su representante legalmente designado. Si nos da su autorización, usted puede revocarla en cualquier momento, en dicho caso ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud para el fin que lo autorizó, excepto en la medida que nos hayamos basado en su autorización para proporcionarle su atención. Se debe enviar una revocación de la autorización al funcionario de privacidad de VNS Health a la dirección que aparece al final de este

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Aviso.

6. Servicios para niños y familias o servicios de salud conductual. Si decide recibir servicios de otros programas de VNS Health, como los servicios para niños y familias o los servicios de salud conductual, se le informará sobre las prácticas de privacidad específicas que se relacionan con esos programas, además de las prácticas incluidas en este aviso.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

1. Derecho a inspeccionar y copiar. Usted o su representante autorizado tiene derecho a inspeccionar o solicitar una copia de su información de salud que conservamos. Las solicitudes deben enviarse al Departamento de Registros Médicos por correo electrónico a recordsrequests@vnshealth.org. Su solicitud debe describir la información que quiere revisar y el formato en el que desea revisarla. Si conservamos un registro de salud electrónico que contiene su información, usted tiene derecho a solicitar que le enviemos a usted, o a un tercero que usted identifique, una copia de su información de salud en formato electrónico. En ciertos casos limitados, podemos negarnos a permitirle que inspeccione u obtenga copias de esta información. Podemos cobrarle un cargo razonable, basado en el costo. También podemos denegar una solicitud de acceso a la información de salud en determinadas circunstancias ante la posibilidad de que se produzcan daños contra usted o terceros. Si denegamos una solicitud de acceso por este motivo, tiene derecho a que se revise nuestra denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable, mediante la presentación de una solicitud de revisión ante el funcionario de privacidad de VNS Health.
2. Derecho a solicitar enmiendas. Usted tiene derecho a solicitar cambios en cualquier información de salud que conservamos sobre usted si establece el motivo por el que esta información es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe corregir o actualizar la información. Podemos denegar su solicitud en circunstancias determinadas y brindarle una explicación por escrito.
3. Derecho a un registro de las divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones de su información de salud que cada uno de los miembros del OHCA haya realizado. La lista no incluirá divulgaciones realizadas para determinados propósitos que incluyen, entre otros, operaciones de tratamiento, pago y atención médica, o las divulgaciones que usted autorizó por escrito. Su solicitud debe especificar el período que abarca dicha petición, que no puede superar los seis años. La primera vez que solicite una lista de divulgaciones en cualquier período de 12 meses, se la proporcionaremos de manera gratuita. Si solicita listas adicionales durante el período de 12 meses, es posible que le cobremos un cargo nominal.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

4. **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones en las formas en que usamos y divulgamos su información de salud. Si bien evaluaremos con atención todas las solicitudes de restricciones adicionales, un miembro del OHCA no tiene la obligación de cumplir con su solicitud, salvo en el caso de las restricciones a los usos o divulgaciones a los efectos de realizar las operaciones de pago o atención médica cuando usted paga la factura “de su bolsillo” en su totalidad. Si aceptamos una restricción solicitada, no divulgaremos su información de salud de acuerdo con la restricción acordada.
5. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitarnos que le enviemos información de salud de manera diferente o a un lugar diferente. Su solicitud de una forma de comunicación alternativa también debe especificar dónde y cómo debemos comunicarnos con usted.
6. **Derecho a recibir una notificación de violación.** Usted tiene derecho a recibir una notificación, en el caso de que exista una violación de su información de salud no asegurada, que requiere notificación conforme a la Norma de privacidad de la HIPAA.
7. **Derecho a obtener una copia impresa del Aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Puede recibir una copia impresa de este Aviso si lo solicita por escrito al funcionario de privacidad de VNS Health. También puede imprimir una copia de este Aviso al visitar nuestra página web en vnshealth.org.
8. **Elección de una persona para que actúe en su nombre.** Si le ha dado a alguien un poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
9. **Exclusión voluntaria de HIE.** Tiene derecho a no participar en la divulgación de su información de salud a un HIE o a través de este. Sin embargo, la información que se envía a un HIE o a través de este antes de procesar la no participación puede seguir siendo conservada por el HIE y ser accesible a través de este.
10. **Quejas.** Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, tiene el derecho de presentar una queja ante el funcionario de privacidad de VNS Health. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU. (HHS). Le indicaremos la dirección a la que debe presentar su queja ante el HHS si lo solicita. No recibirá sanciones ni represalias de parte de los miembros del OHCA o su empresa matriz, VNS Health, por presentar una queja.

Notificación de incumplimiento. Por ley, tenemos la obligación de notificarlo luego de descubrir que hubo una filtración de su información de salud no asegurada, a menos que determinemos que hay una baja probabilidad de que la privacidad o seguridad de su información de salud se haya visto comprometida. Se le notificará de manera

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

oportuna, a más tardar sesenta (60) días después de haberse descubierto del incumplimiento, a menos que la ley estatal exija que se lo notifique antes.

¿Tiene preguntas? Si tiene alguna pregunta o comentario sobre nuestras prácticas de privacidad o este Aviso, o si desea una explicación más detallada sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de VNS Health a través de la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

Cambios a este aviso. Los miembros del OHCA pueden cambiar los términos de este Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento. Si se cambian los términos de este Aviso, los nuevos términos se aplicarán a toda su información de salud, ya sea creada o recibida por el VNS Health OHCA antes o después de la fecha en que el Aviso se cambió. Cualquier actualización del Aviso estará disponible en vnshealth.org.

Información de contacto. Cuando se comuniquen con nosotros con respecto a este Aviso, nuestras prácticas de privacidad o sus derechos de privacidad, comuníquese con el funcionario de privacidad de VNS Health a través de la siguiente información de contacto: VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, NY, New York, Y 10017; Attn: Privacy Officer. Teléfono: (212) 609-7470. Correo electrónico: hipaaandprivacy.team@vnshealth.org

Fecha de entrada en vigencia: 11/01/2020

Última revisión y revisión: 8/29/2023

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de VNS Health Total, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a su equipo de atención:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red de servicios.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red de servicios.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios

médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye 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 tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza el

tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una instrucción anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, del asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al equipo de atención para pedir los formularios.
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles

copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante Medicaid de Nueva York.

Información de contacto:

The New York Medicaid
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237

Número de teléfono: 1-800-541-2831

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si considera que lo tratamos injustamente o que no se respetaron sus derechos 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 a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al equipo de atención.**
- 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, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Puede llamar a **Medicaid de Nueva York** al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- O bien, puede llamar a la **Oficina para las personas de la tercera edad (Programa del defensor de los derechos del paciente) del estado de Nueva York** al 1-800-342-9871. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

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

- Puede **llamar al equipo de atención.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.

- Puede consultar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “*Medicare Rights & Protections*” (Derechos y protecciones de Medicare) (la publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al equipo de atención.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Consulte esta *Evidencia de Cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden, dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

SECCIÓN 3 Nuestro plan ha sido aprobado por el Comité Nacional para el Control de la Calidad

VNS Health Total ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de la Calidad (NCQA) para operar como Plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2025, sobre la base de una revisión del Modelo de atención de VNS Health Total.

CAPÍTULO 9:

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

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, 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 la comprensión, este capítulo:

- Usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada 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 evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación.

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

Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con su equipo de atención para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia en 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 el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página web de Medicare (www.Medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid, llame a Medicaid de Nueva York.

Información de contacto de Medicaid de Nueva York

Teléfono: 1-800-541-2831 TTY: 711 (este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla).

Dirección:

New York Medicaid
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237

Página web: www.health.ny.gov.

También puede comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad de Livanta al 1-866-815-5440. El número TTY es 1-866-868-2289.

Dirección:

Livanta
BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

SECCIÓN 3 Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y a la **mayoría** de los de Medicaid. Para la mayoría de sus beneficios, usted utilizará un proceso para los beneficios de Medicare y para sus beneficios de Medicaid. A veces, se le denomina “proceso integrado” porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

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

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted usa un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya a la **Sección 11** 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”**.

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). A los fines de simplificar las cosas, generalmente, hablamos de artículos médicos, servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Debe usar el proceso para decisiones y apelaciones de cobertura. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca se cubre bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si vamos a cubrir una atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una decisión de cobertura se encuentran: si la solicitud está incompleta, si alguien presentó la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted exige que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando el motivo y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En limitadas circunstancias, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de casos de rechazo de 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 solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es llevada a cabo por la Oficina de Audiencias Administrativas. Esta oficina no está conectada con nosotros.

- Su caso se enviará a la Oficina de Audiencias Administrativas de manera automática para una apelación de Nivel 2: no tiene que hacer nada. La Oficina de Audiencias Administrativas le enviará por correo un aviso para confirmar que recibió su apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

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

- Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más en detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamar al equipo de atención**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Llame al equipo de atención y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web vnshealthplans.org).
- Para recibir atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Si su médico u otro proveedor de atención médica piden continuar el suministro de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su médico u otra persona autorizada para recetar como su representante para que actúe en su nombre.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su

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

apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al equipo de atención y pida el formulario de “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web vnshealthplans.org). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la Oficina de Audiencias Administrativas que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad, o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

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

- **Sección 6** de este capítulo, “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo, “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo, “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto” (esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a su equipo de atención. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta sección se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención
--

Esta sección trata sobre sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor de atención médica, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaba aprobada) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reduciendo o interrumpiendo esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para cuidado hospitalario, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales, o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una “ determinación integrada de la organización ”.
--

Una decisión de cobertura rápida se denomina “ decisión acelerada ”.

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

Una decisión de cobertura estándar se toma, generalmente, en 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma, generalmente, en un plazo de 72 horas para servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- *Usted solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos y no puede realizar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió.
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Explica también que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Se le explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es por un servicio o artículo médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más tiempo que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración integrada** del plan.

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

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

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una “apelación rápida” dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura, los que figuran en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el que su apelación se presentó tarde cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya recibía, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de timbrado que figura en nuestra carta o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si fuera necesario, recopilaremos más información, para lo cual posiblemente nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos su apelación automáticamente a la Oficina de Audiencias Administrativas para una apelación de Nivel 2. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia sobre su caso y le informará por escrito la fecha y el horario de la audiencia cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación “estándar”

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para

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

un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos un tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11** de este capítulo con información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación y la Oficina de Audiencias Administrativas realizará la audiencia de su caso. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de **30 días calendario**, o **dentro de los 7 días calendario** si solicitó un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales. Le enviaremos de manera automática su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la Oficina de Audiencias Administrativas realizará la audiencia de su caso para evaluar si están de acuerdo con nuestra decisión.**
- Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, le enviaremos una carta.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

La Oficina de Audiencias Administrativas **es una organización independiente contratada por Medicare y Medicaid**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.

Enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1. La Oficina de Audiencias Administrativas programará una audiencia sobre su caso y le informará por escrito la fecha y el horario de la misma. Puede solicitar reprogramarla para un día u horario diferente si es necesario.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 286 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

Proceso de apelaciones de Nivel 2:

Paso 1: Enviaremos su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. La Oficina de Audiencias Administrativas realizará la audiencia de su caso.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su “archivo de caso” o “paquete de evidencia”. **Le enviaremos una copia gratuita de su paquete de evidencia.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Oficina de Audiencias Administrativas información adicional para sustentar su apelación.
- Durante su audiencia, el Oficial de Audiencias de la Oficina de Audiencias Administrativas analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación, y escuchará su declaración y las declaraciones del personal de su plan sobre su solicitud.

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

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, ES POSIBLE que también se le conceda 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** de recibida su apelación. En algunos casos, aunque en el Nivel 1 haya tenido una apelación rápida, no recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Recibirá una apelación rápida si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional para recuperar el máximo funcionamiento.*
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.** Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse un tiempo adicional para tomar la decisión.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Para la “apelación estándar”, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado 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** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales.** Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la Oficina de Audiencias Administrativas no puede tomarse un tiempo adicional para tomar la decisión.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Administrativas le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Administrativas le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

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

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas acepta una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de 1 día hábil.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la Oficina de Audiencias Administrativas le enviará una carta:
 - Explicará su decisión.
 - Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para la atención médica alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es manejada por el Consejo de Apelaciones de Medicare. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la Oficina de Audiencias Administrativas es rechazar una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?
--------------------	---

Si ya ha pagado un servicio o un artículo de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cuando haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si aceptamos su solicitud: Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Si rechazamos su solicitud: Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibida su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya

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

ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la Oficina de Audiencias Administrativas decide que deberíamos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

Sección 6.6 Apelaciones externas para Medicaid solamente

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa para los **beneficios cubiertos por Medicaid solamente**.

Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

- no era médicamente necesario.
- era experimental o de investigación.
- no era diferente de la atención médica que puede recibir en la red de servicios del plan.
- estaba disponible a cargo de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de que apele ante el estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 con el plan y obtener la determinación adversa final del plan.
- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico deberá considerar si necesita una apelación externa acelerada).

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

- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y optar directamente por la apelación externa.
- Puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su apelación de Nivel 1.

Usted cuenta con **4 meses** después de recibir la determinación adversa final del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico.
- En la solicitud de apelación externa, se indica la información necesaria.

Las siguientes son algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite la página web del Departamento de Servicios Financieros ingresando a www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas. El revisor le informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Después, el revisor le enviará una carta con la decisión.

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

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

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

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Pedir que no aplique una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4.**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, solicitar una **“excepción al formulario”**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, solicitar una **“excepción al formulario”**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.**
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

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

Generalmente, la “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “**determinación acelerada de cobertura**”.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida.

(No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró). **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe pedir un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).

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

- Si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándares.
 - Se explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Se le indique cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una “decisión estándar de cobertura” o una “decisión rápida de cobertura”.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestra página web. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada está siendo apelada.

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

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

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

- Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura para medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Término legal**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “**redeterminación**”.

Una “apelación rápida” también se llama una “**redeterminación acelerada**”.

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

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 7 días.

Una “apelación rápida” se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-783-1444.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e

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

información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el que su apelación se presentó tarde cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

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

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

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

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación “en riesgo” conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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

- Usted tiene derecho a proporcionarle 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 cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, 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 usted todavía no ha recibido. Si está solicitando 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.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

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

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

Si esta organización dice que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta por los siguientes motivos:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

En un plazo de dos días después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a su equipo de atención 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 atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se le explica:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el

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

- derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al equipo de atención o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de

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

apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al equipo de atención. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen 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 del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta.**

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

- Si usted cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello** mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
- Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha planificada para el alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar la apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando al equipo de atención o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte

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

nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la rechaza, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la 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 posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha planificada para el alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo su decisión sobre 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 la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***Si la organización de revisión la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	--

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
--

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 referida a la fecha del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1**Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.**

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista de alta hospitalaria y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su revisión rápida,** significa que estamos de acuerdo en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista de alta hospitalaria, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista de alta hospitalaria.

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

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones *alternativas* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. En la **Sección 11** de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

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

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir a una apelación de Nivel 3.
- En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección trata solo acerca de cuatro servicios: Servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)
--------------------	---

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Cuidados en centros para enfermos terminales** que recibe como paciente en un hospicio. (Para obtener más información sobre el “hospicio”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un

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

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalación, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe servicios cubiertos **de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los cuatro tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar** su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**Término legal**

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito**, al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una “apelación rápida” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.

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

- 2. A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al equipo de atención. O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece 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 apropiada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen 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.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

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

Término legal
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.

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

- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la **explicación detallada de no cobertura** de nosotros donde le explicaremos en detalle nuestras razones para cancelar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la rechazan, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre 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 los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro para enfermos terminales, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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 harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)***¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?**En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1**Término legal**

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados en un centro para enfermos terminales o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después** de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**Término legal**

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

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas 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 determina si se debe cambiar la decisión. **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 que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. En la **Sección 11** de este capítulo, se le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos pagarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto

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

- le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
 - En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas. En la carta que reciba de la Oficina Integrada de Audiencias Administrativas (IAHO), se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Si necesita ayuda en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones, póngase en contacto con la Red de Defensa del Consumidor Independiente (ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

Apelación de Nivel 3 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

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

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 4 y cómo continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid cubre normalmente. En la carta que reciba de la oficina de audiencias imparciales, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o abogado mediador dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el

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

Consejo de Apelaciones **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si le pagaremos o rechazará su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con su equipo de atención? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O por el equipo de atención u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos ha pedido una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**interponer un reclamo**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se denomina “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a su equipo de atención.** Si hay algo que necesite hacer, el Equipo de atención de se lo indicará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Todas las quejas son investigadas por VNS Health Total para comprender y corregir los problemas que identifique.
 - Debemos notificarle nuestra decisión sobre su queja tan rápido como sea necesario según su estado de salud, pero, a más tardar, 30 días después de recibir su queja.
 - Podemos extender el plazo hasta 14 días si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si debemos ampliar el plazo, se lo notificaremos por escrito.
 - Si rechazamos su queja de manera total o parcial, nuestra decisión por escrito explicará por qué lo hicimos y le informaremos sobre las opciones de resolución de disputas que pueda tener.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su equipo de atención de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario)

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

en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, detallaremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VNS Health Total directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en 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.

También puede llamar a Medicaid de Nueva York al 1-866-712-7197 (TTY: 711).

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

CAPÍTULO 10:

Finalizar su membresía en el plan

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

Cancelar su membresía en VNS Health Total puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no es usted quien lo decide):

- Podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

<h3>Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid</h3>
--

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para cancelar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas que tengan Medicare pueden hacer cambios entre el 15 de octubre y el 7

de diciembre, durante el Período de inscripción anual. Le Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con la oficina de Medicaid del estado para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de 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 cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage,** puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.

- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar la membresía en el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período especial de inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.

- **Los períodos de tiempo de inscripción varían** según cada caso.

- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir lo siguiente:
- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.

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

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y sobre la Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame a su equipo de atención.**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en VNS Health Total se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en VNS Health Total se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o comuníquese con su equipo de atención si necesita más información sobre cómo hacerlo.● También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.● Su inscripción en VNS Health Total se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de New York State Medicaid, llame a Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831, TTY: 711. Pregunte si inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la forma en que recibe su cobertura del estado de Nueva York.

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

Hasta que se cancele su membresía con VNS Health Total, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red de servicios para recibir atención médica.**
- **Continúe acudiendo a las farmacias de nuestra red o al servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).**

SECCIÓN 5 VNS Health Total debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--

VNS Health Total debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no califica para Medicaid, se le requerirá que cancele su membresía en VNS Health Total.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al equipo de atención para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).

- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.
- Si no recibe al menos uno de los siguientes servicios: servicios de enfermería a domicilio, terapias en el hogar, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio, servicios de atención personal en el hogar, atención médica diurna para adultos mayores, servicios privados de enfermería y Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS).
- Si requiere atención en residencias de ancianos, pero no es institucionalmente elegible para Medicaid.
- Si deja de ser elegible para el nivel de atención en una residencia de ancianos. Determinaremos su elegibilidad para la residencia de ancianos cada 6 meses a través de una evaluación realizada por una enfermera matriculada en su hogar.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a su equipo de atención.

Sección 5.2 <u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--

VNS Health Total no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen 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 están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al equipo de atención. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el equipo de atención puede ayudarle.

Los planes de salud de VNS Health cumplen con las leyes federales de derechos civiles. No excluimos a ninguna persona ni la tratamos de manera diferente por

Capítulo 11 Avisos legales

motivos de raza, religión, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad sexual o expresión sexual.

Nuestros planes de salud le ofrecen lo siguiente:

- Recursos y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma materno no sea el inglés, tales como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444. Para servicios de TTY, llame al 711.

Si usted cree que nosotros no le hemos dado estos servicios o le hemos tratado de manera diferente debido a raza, religión, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad sexual o expresión sexual, puede presentar una queja ante nosotros:

Correo:	VNS Health Health Plan Compliance 220 East 42nd Street, New York, NY 10017
Teléfono:	1-888-634-1558 (TTY: 711)
En persona:	Llame al número que figura arriba para programar una cita.
Fax:	646-459-7729.
Correo electrónico:	CivilRightsCoordinator@vnshealth.org
Web:	www.vnshealth.ethicspoint.com

Capítulo 11 Avisos legales

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

- Web: [Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)
U.S. Department of Health and Human Services
- Correo: 200 Independence Avenue SW., Room 509F,
HHH Building Washington, DC 20201
Encontrará formularios de quejas en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), VNS Health Total, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a 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 cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Compromiso con el cumplimiento

En VNS Health, sabemos que el cumplimiento es responsabilidad de todos. Esta promesa compartida de cumplir con nuestros requisitos federales, estatales y locales; es decir, nuestro compromiso con el cumplimiento, nos ayudó a permanecer como una de las organizaciones de atención de la salud líder del país durante casi 125 años. Todos los días, nos volvemos a dedicar a hacer lo correcto para nuestros pacientes, clientes y los miembros del plan, para sus familias, nuestros colegas de VNS Health y para nuestra comunidad.

Si le preocupa que algún miembro del equipo de VNS Health no esté cumpliendo con el compromiso de cumplimiento, comuníquese con nosotros.

Las posibles inquietudes de cumplimiento podrían incluir lo siguiente:

- Sobornos o intercambio de remisiones de pacientes/miembros u otro negocio
- Prácticas cuestionables de facturación, codificación o documentación de las historias clínicas.

Capítulo 11 Avisos legales

- Atención médica de mala calidad.
- Fraude, desecho o abuso.
- Cualquier actividad o negocio que se pudiera considerar no ético o ilegal.

Las sospechas de incumplimiento se pueden denunciar de varias maneras:

	VNS Health	VNS Health Health Plans
Comuníquese con nuestras líneas directas de Compliance las 24 horas del día, los 7 días de la semana:	212-290-4773 (teléfono) 646-459-7729 (fax) vnshealth.ethicspoint.com	888-634-1558 (teléfono) 646-459-7730 (fax) vnshealth.ethicspoint.com
También nos puede encontrar en estas direcciones:	VNS Health Health Plans Compliance 220 E. 42nd St, 6th Floor New York, NY 10017	VNS Health Health Plans - Compliance 220 E. 42 nd St, New York, NY 10017 VNSHealthCompliance@vnshealth.org
Además, puede comunicarse directamente con la dirección de Cumplimiento de VNS Health:	VNS Health Directora de Cumplimiento y funcionaria de privacidad Annie Miyazaki-Grant Annie.Miyazaki@vnshealth.org	VNS Health Vicepresidente de Cumplimiento y Asuntos de Regulación de Health Plans Doug Goggin-Callahan Douglas.Goggin-Callahan@vnshealth.org

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicios: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa estatal o Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), no un porcentaje.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier

monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico, o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento recetado, tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en una residencia de ancianos, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados paliativos: en los cuidados paliativos se trabaja para mejorar su calidad de vida y la de su familia. Puede recibir atención a través del Programa de cuidados paliativos si tiene una enfermedad grave. Los cuidados son proporcionados por un equipo de médicos, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas y otras personas con formación especial. Su equipo será creado para usted y trabajará con usted, su familia y sus médicos para ayudarle a vivir la mejor vida posible.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la

farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Determinación integrada de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Doble elegibilidad Plan de necesidades especiales (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, que pierda al niño no nato), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda una función del cuerpo o quede gravemente incapacitado a causa de ello. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención (formalmente denominado Servicios para Miembros): un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con su equipo de atención.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$7400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de

cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a su nombre para el año, alcance \$5,030.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de VNS Health Total, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red de servicios: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios.

Farmacia fuera de la red de servicios: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red de servicios no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del formulario y de beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospicio: es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro a quien se ha certificado médicamente que padece una enfermedad terminal, lo que significa tener una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización tiene lugar cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, y respaldado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

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

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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

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

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona 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).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto de prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos).

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez carece de la cobertura para medicamentos de la Parte D u otros medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los

montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que entra a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1.º de enero al 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el 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 termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que cumple con los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (assisted living facility, ALF) contratada, si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en residencias de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (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 miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red de servicios. Generalmente, el costo compartido del miembro será superior cuando se reciben los beneficios del plan de los proveedores fuera de la red de servicios. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red de servicios y un límite más alto en los costos totales combinados que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red de servicios (preferido) como fuera de la red de servicios (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen de forma permanente o esperan residir de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de atención de enfermería especializada

(SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica a largo plazo similares y cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare, o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de centros nombrados. Un Plan para necesidades especiales debe tener un contrato con el(los) centro(s) LTC en cuestión o ser dueño de estos.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las brechas de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Producto biológico: medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa de período sin cobertura y que aún no estén recibiendo Ayuda adicional. Los

descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinan y prestan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Proveedor o centro fuera de la red de servicios: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red de servicios son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es interponer un reclamo. El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen 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 de tiempo del proceso de apelaciones.

Reclamo integrado: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

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 el cuidado de visión, dental o de audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: son los servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red de servicios no están disponibles o no es necesario comunicarse con ellos temporalmente o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

CAPÍTULO 13:

*Bienvenido a Medicaid Advantage
Plus de VNS Health Total*

BIENVENIDO AL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE VNS HEALTH TOTAL

Bienvenido al programa Medicaid Advantage Plus (MAP) de VNS Health Total. El programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios médicos y servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) como atención en el hogar y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le brinda información sobre los beneficios agregados que VNS Health Total cubre desde que usted se inscribe en el programa MAP de VNS Health Total. También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa MAP de VNS Health Total. Los beneficios que se describen en este manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total. Conserve este manual, junto con la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total. Necesita saber qué servicios tienen cobertura y qué debe hacer para obtenerlos.

AYUDA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS (QUE ES PARTE DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN)

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número que se indica abajo.

Una persona en Servicios para los miembros (que forma parte de su Equipo de atención) podrá ayudarle.

7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.), y

días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sept.).

Llámenos a la línea gratuita 1-866-783-1444.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Además, si necesita ayuda, hay personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Puede comunicarse con ellos llamando al mismo número de teléfono.

Llámenos si necesita este documento en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de manera gratuita.

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP

MAP es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el programa MAP si cumple con todos los siguientes requisitos:

- 1) Es mayor de **18** años;
- 2) Reside en el área de servicio del plan, que incluye los condados de Albany, Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Rensselaer, Richmond, Suffolk, Schenectady and Westchester del estado de Nueva York;
- 3) Tiene Medicaid;
- 4) Tiene evidencia de cobertura de la Parte A y B de Medicare;
- 5) Es elegible para un nivel de atención en un hogar de convalecencia (a partir del momento de la inscripción) a través de la Evaluación de salud comunitaria (CHA);
- 6) Es capaz, al momento de la inscripción, de volver o permanecer en su hogar o comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad;
- 7) Se espera que necesite al menos uno de los siguientes servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) cubiertos por el plan Medicaid Advantage Plus durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción:
 - a. servicios de enfermería en el hogar
 - b. terapias en el hogar
 - c. servicios de asistente de atención médica a domicilio
 - d. servicios de cuidado personal en el hogar
 - e. atención médica de día para adultos
 - f. servicios privados de enfermería o
 - g. servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor; y,
- 8) Debe inscribirse en el **Plan Doble de Necesidades Especiales de Medicare Advantage de VNS Health Total.**

Usted debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Si luego decide cambiar su plan de Medicare, también deberá dejar el programa MAP de VNS Health Total.

La cobertura que se explica en este manual tiene vigencia en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el programa MAP de VNS Health Total. La inscripción en el programa MAP es voluntaria.

Programa de asesor independiente de Nueva York (NYIAP), proceso de evaluación inicial

El NYIAP llevará a cabo una evaluación inicial para las personas que han expresado interés en inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- **Evaluación de salud comunitaria (CHA):** la CHA se utiliza para determinar si necesita servicios de atención personal (PCS) o servicios de asistencia personal dirigida (CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo (MLTC).
- **Cita clínica y pedido del profesional (PO):** el PO documenta su cita clínica e indica que:
 - usted necesita ayuda con las actividades de la vida diaria, y
 - su afección médica es estable, por lo que puede recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará la cita clínica y la CHA. Un enfermero matriculado capacitado (RN) completará la CHA. Luego de esta evaluación, un médico clínico del NYIAP concertará una cita clínica y hará un PO unos días más tarde.

VNS Health Total usará los resultados de la CHA y el PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y diseñar su plan de atención. Si en su plan de atención se proponen PCS o CDPAS que excedan un promedio de 12 horas por día, se necesitará una revisión individual del Panel de Revisión Independiente (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de médicos profesionales que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, una persona del panel podría pedirle permiso para examinarlo o hablar sobre sus necesidades con usted. El IRP le informará a VNS Health Total si el plan de atención cubre sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de la evaluación inicial y determinado que usted es elegible para el Cuidado de salud administrado a largo plazo (MLTC) de Medicaid, puede elegir en qué plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo inscribirse. Debido a que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, usted ha elegido combinar sus beneficios e inscribirse en VNS Health Total.

Si elige VNS Health Total como su plan, un enfermero certificado hará una evaluación, ya sea virtualmente o al ir a su hogar en persona, para determinar los servicios que se le proporcionarán según sus necesidades. Se le solicitará que firme una solicitud y acuerdo de inscripción. Si cambia de parecer y decide no inscribirse en el plan, debe retirar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Si el día 20 es fin de semana, el plazo será antes del mediodía del viernes inmediatamente antes de ese fin de semana.

En la mayoría de los casos, se convertirá en miembro de VNS Health Total el primer día del mes posterior al que firma la solicitud y el acuerdo de inscripción. Confirmaremos la fecha de inscripción efectiva por teléfono lo antes posible; por lo general, unos días antes de que comience su membresía. Una vez que sea miembro, su equipo de administración de atención se asegurará de que reciba todos los servicios que se indican en su plan de atención inicial.

Su Equipo de atención le entregará otros documentos importantes, incluido el Directorio de proveedores y farmacias y el Formulario de medicamentos recetados. Además, recibirá su tarjeta de identificación de miembro por correo. Utilice esta tarjeta de identificación cada vez que necesite servicios cubiertos por VNS Health Total.

Medicaid de Nueva YorkChoice o el Departamento de Servicios Sociales local deben verificar la elegibilidad para Medicaid antes de su inscripción en VNS Health Total.

Además de los criterios enumerados al comienzo de este capítulo, su inscripción en VNS Health Total se cancelará en las siguientes circunstancias:

- Actualmente, recibe atención en un hospital o un centro residencial que opera la Oficina Estatal de Salud Mental, la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).
- Usted ya está inscrito en otro programa de atención administrada de Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, un programa de tratamiento diurno patrocinado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo. Si finaliza su participación en estos programas, puede ser tenido en cuenta para inscribirse en VNS Health Total.
- Cancelaron su inscripción de VNS Health de manera *involuntaria* en el pasado, y la situación que motivó la cancelación de su inscripción no se ha resuelto.
- No cumple los criterios de elegibilidad descritos en la página 266.

Tenga presente que VNS Health Total no discrimina sobre la base del estado de salud o la modificación del estado de salud, ni la necesidad o el costo de los servicios cubiertos.

Denegación del proceso de inscripción: si VNS Health Total recibe un aviso de denegación de CMS, usted recibiría una notificación de denegación de nuestra parte en un plazo de 10 días calendario. Para corresponder la denegación, VNS Health Total enviaría una cancelación a la Administración de Recursos Humanos (HRA) con prueba de denegación de CMS. Si VNS Health Total recibe una notificación de denegación de los Departamentos Locales de Servicios Sociales (LDSS), le enviaremos una cancelación a CMS con notificación de LDSS como prueba.

VNS Health Total les pagará la totalidad a los proveedores de la red de servicios directamente por cada servicio autorizado y que le sea proporcionado, sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por los servicios cubiertos autorizados por VNS Health Total, usted no es responsable de pagarla. Comuníquese con su administrador de atención. Es posible que deba pagar los servicios cubiertos que no fueron autorizados por VNS Health Total, o los servicios cubiertos que se obtienen de proveedores fuera de la red de servicios de VNS Health Total.

VNS Health Total le informará cuando su PCP deje de formar parte de la red de servicios y lo ayudará a elegir otro PCP, de manera que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si se encuentra en tratamiento por una lesión o enfermedad específica, hable con su equipo de atención sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda ser elegible para un período de transición de 90 días para continuar recibiendo los servicios del médico que abandona la red de servicios de VNS Health Total hasta que complete su tratamiento en curso actual.

En ocasiones, un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red de servicios que esté utilizando podrían abandonar la red de servicios del plan. Si su proveedor de la red de servicios abandona el plan, usted deberá cambiarse a otro proveedor que sea parte de nuestro plan. No bien recibamos la notificación de que su PCP u otro proveedor ya no pertenecen a la red de servicios, nos comunicaremos con usted para notificarle este cambio. Si su PCP abandonó la red de servicios, debe elegir otro PCP. Si elige no hacerlo, se le asignará un PCP nuevo. Su Equipo de atención puede ayudarlo a elegir otro PCP y proveedor dentro de la red de servicios.

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) de VNS Health Total dentro de los 10 días hábiles de la fecha efectiva de su inscripción. Verifique que toda la información de la tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación siempre consigo, junto con la tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban la tarjeta, comuníquese con su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA VNS HEALTH TOTAL

Deducibles y copagos en los servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que usted recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, visitas al médico, servicios de emergencia y análisis de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total. El Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura de Medicare explica las normas para utilizar proveedores del plan y recibir atención en caso de una emergencia médica o de situaciones de atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total en la columna “Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios cubiertos”. Dado que se inscribió en VNS Health Total y que tiene Medicaid, VNS Health Total pagará estos montos. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si existe una prima mensual para los beneficios (consulte el capítulo 1 de la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total), no tendrá que pagar dicha prima, ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero están cubiertos por Medicaid. Las siguientes secciones explican qué está cubierto.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, usted obtendrá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le brindará un Administrador de la atención que es un profesional de atención médica (generalmente un enfermero o asistente social). Su Equipo de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su Equipo de atención también concertará citas para los servicios que usted necesita y coordinará el transporte hacia dichos servicios. Puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud o si necesita servicios adicionales, etc. Su Equipo de atención está disponible por teléfono para ayudarlo a administrar sus enfermedades y otras necesidades de salud. Un enfermero matriculado (RN), que es miembro de su equipo de atención, lo visitará de forma periódica para realizar una evaluación de sus necesidades de atención médica y para trabajar con usted a fin de desarrollar un plan de atención.

Además, si necesita ayuda, hay personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Llámenos a la línea gratuita 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Servicios adicionales cubiertos

Dado que usted tiene Medicaid y cumple con los requisitos para el programa MAP, nuestro plan hará los arreglos y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su Administrador de atención ayudará a identificar los servicios y los proveedores que necesite. En algunos casos, podría necesitar una remisión o una orden del médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que se encuentren en la red de servicios de VNS Health Total. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan o tiene preguntas sobre cómo obtener los servicios cuando los necesita, comuníquese con su equipo de atención.

- **Rehabilitación para pacientes ambulatorios**
 - **Fisioterapia:** cubre la evaluación y el tratamiento para lesiones y enfermedades que pueden cambiar su capacidad para funcionar o para mantener la función actual o retrasar la disminución, cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
 - **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para ayudarlo a realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse) para mantener las capacidades actuales o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
 - **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades del habla y del lenguaje, incluidas las habilidades cognitivas y de ingestión, para mantener la función actual o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
- **Atención personal** (como asistencia para bañarse, alimentarse, vestirse, usar el baño y caminar): VNS Health Total coordinará la prestación de atención personal para ayudarlo con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y apoyo en el entorno hogareño. La atención personal debe ser médicamente necesaria. Se requiere autorización previa.
- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare** que incluyen enfermería, asistente de atención médica en el hogar, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla. VNS Health Total coordina la prestación de servicios de atención a domicilio, incluida la atención

de enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Estos servicios son proporcionados para ayudar a mantener, rehabilitar, guiar o brindar apoyo a su salud. El personal brinda estos servicios según un plan de atención que su médico aprueba, y todos los servicios son proporcionados en su hogar. Se requiere autorización previa.

- **Nutrición:** VNS Health Total puede brindar servicios de nutrición de un dietista registrado que evaluará sus necesidades nutricionales y hará las recomendaciones para garantizar que su dieta sea consistente con sus necesidades médicas y personales. Se requiere autorización previa.
- **Servicios médicos y sociales:** evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar. Se requiere autorización previa.
- **Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como asistencia diurna:** VNS Health Total puede entregarle comidas a domicilio o en lugares de congregación según su plan de atención. Por lo general se proveen una o dos comidas por día a los individuos que no son capaces de prepararse la comida por sí mismos y a quienes no pueden acceder a servicios de cuidados personalizados para que los asistan con la preparación de sus alimentos. Se requiere autorización previa.
- **Asistencia social diurna:** la asistencia social diurna es un programa estructurado que le brinda oportunidades de socialización, atención personal y nutrición en un entorno de protección. Usted también puede recibir servicios tales como mejoras en su capacidad para desenvolverse en la vida diaria, transporte y asistencia por parte de un cuidador. En caso de estar interesado, su administrador de atención puede hacer los arreglos necesarios para que asista a un centro social diurno. Se requiere autorización previa.
- **Transporte que no sea de emergencia:** este servicio será coordinado por el Agente de Transporte Estatal del Medicaid de Nueva York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Para coordinar el transporte médico que no sea de emergencia, llame al 844-666-6270 (zona sur) o 866-932-7740 (zona norte), lunes – viernes, 7 am – 6 pm. Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con MAS al menos tres días antes de la cita médica y proporcionar los detalles de la cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

Para conocer más sobre estos servicios, consulte el sitio web del Departamento de Transporte de Salud:

www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm.

- **Servicios de enfermería privada:** enfermeros matriculados o auxiliares de enfermería autorizados le brindan servicios privados de enfermería continuos en su hogar. Puede requerirse autorización previa.
- **Servicios dentales:** después de inscribirse en VNS Health Total, recibirá su atención dental de la red de servicios dentales para VNS Health Total. Su tarjeta de identificación de miembro es aceptada por cientos de dentistas completamente calificados en los condados de Albany, Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Rensselaer, Richmond, Schenectady, Suffolk y Westchester. Todos los servicios dentales son proporcionados a través de esta red de servicios y usted puede seleccionar a cualquier odontólogo que figure en el Directorio de proveedores y farmacias para que lo atienda. Su administrador de atención o su equipo de atención pueden ayudarlo a seleccionar un odontólogo o programar una cita, si lo desea. Como parte de su beneficio dental, tiene derecho a dos chequeos anuales, que incluyen radiografías y servicios de odontología restauradora, como limaduras, coronas, tratamientos de conducto y extracciones. Si necesita dentaduras postizas e implantes de reemplazo, deberá contar con una recomendación de su dentista para determinar si son médicamente necesarios.
- **Apoyo social y ambiental** (como servicios de tareas domésticas, modificaciones del hogar o relevo): en el caso de que los necesite, VNS Health Total puede brindarle servicios y artículos de soporte social y ambiental que respaldan sus necesidades médicas y están incluidos en su plan de atención. Estos insumos y servicios incluyen, sin limitación alguna, lo siguiente: tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de ama de casa/quehaceres domésticos, control de plagas, modificaciones en el hogar para mejorar su seguridad y cuidados paliativos. Se requiere autorización previa.
- **Sistema de respuesta ante emergencias personales:** PERS es un dispositivo electrónico que permite a los miembros recibir ayuda en caso de tener una emergencia (incluida una emergencia física, emocional o ambiental). Dichos sistemas generalmente están conectados al teléfono del miembro y emiten una señal a un centro de respuesta cuando se activa un botón de “ayuda”. En caso de una emergencia, nuestro centro de respuesta contratado recibe la señal y responde de manera apropiada. Se requiere autorización previa.

- **Atención médica diurna para adultos:** VNS Health Total puede hacer los arreglos para que reciba atención médica de día para adultos en un centro de atención médica residencial o lugar aprobado por el estado que esté supervisado por un médico. Los servicios proporcionados como atención médica diurna para adultos incluyen servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades para tiempo de ocio, dentales, farmacéuticos y otros servicios. No puede estar confinado en su hogar y requiere ciertos servicios preventivos o terapéuticos para poder asistir a un centro de atención médica diurna para adultos. Se requiere autorización previa.
- **Atención en hogares de convalecencia no cubierta por Medicare (siempre y cuando sea elegible para Medicaid institucional):** si bien hacemos lo mejor para satisfacer sus necesidades en el hogar, podría haber ocasiones en las que sería más apropiado que reciba atención en un hogar de convalecencia. La admisión en uno de nuestros hogares de convalecencia participantes es individual. La decisión de recibir atención en un hogar de convalecencia debe ser tomada por usted, su médico, su familia y su administrador de atención. Existen dos tipos de estancias en hogar de convalecencia. Son estancias de corto plazo o de rehabilitación después de una hospitalización y estancias de largo plazo para atención continua. No se requiere hospitalización previa.
- **Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados que supere el límite de por vida de 190 días de Medicare:** VNS Health Total incluye servicios de atención psiquiátrica que requieren una hospitalización. Medicaid cubre el deducible y el costo de los días que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare. No existe un límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Usted tiene cobertura para hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto) sin deducible ni copago.
- **Audiología:** servicios y productos de audiología de Medicare y Medicaid cuando sean médicamente necesarios para tratar una discapacidad causada por la pérdida o la disminución de la audición. Los servicios incluyen selección, ajuste y suministro de audífonos, controles de audífonos después del suministro, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos, servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos, y productos auditivos, incluidos audífonos, moldes auditivos, ajustes especiales y piezas de reemplazo. No se requiere autorización previa.

- **Equipamiento médico duradero (DME):** Medicare y Medicaid cubren el equipamiento médico duradero, incluidos dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros de prótesis o dispositivos ortésicos, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido, son utilizados principal y habitualmente con fines médicos, no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están generalmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. Deben ser solicitados por un médico habilitado. No existe prerrequisito de convalecencia en el hogar o invalidez, e incluye el DME no cubierto por Medicare cubierto por Medicaid (tal como banco para la ducha, barras de soporte, etc.). Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos. Requiere autorización previa.
- **Suministros médicos:** artículos para uso médico que no sean medicamentos, aparatos ortésicos y protésicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico que fueron indicados por un médico en el tratamiento de una afección médica específica y que suelen ser: consumibles, de un solo uso, desechables, para un propósito específico en lugar de secundario y generalmente no tienen valor rescatable. Se requiere autorización previa.
- **Dispositivos ortésicos y protésicos:** prótesis, férulas y calzado ortopédico cubiertos por Medicare y Medicaid. No existen requisitos previos relacionados con la diabetes para los dispositivos ortopédicos.
- **Optometría:** servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare y Medicaid, incluida la optometría.
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor (CDPAS):** es un modelo de atención en el hogar autodirigido disponible para los consumidores elegibles para Medicaid que tienen una enfermedad crónica o una discapacidad física y necesitan servicios de atención en el hogar. Los consumidores que necesitan atención personal, auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada podrían recibir estos servicios de un asistente de atención personal dirigida por el consumidor bajo la dirección de la persona inscrita o un representante designado por la persona inscrita. Su administrador de atención puede ayudar a determinar el nivel de asistencia con los servicios de atención personalizada, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada que usted es elegible para recibir. Para obtener más información sobre los CDPAS y determinar si son adecuados para usted, hable con su administrador de atención. Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos de salud del comportamiento (salud mental y adicciones)**Atención de salud mental para pacientes ambulatorios adultos**

- **Tratamiento diurno continuo (CDT):** les brinda a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días por semana cuando las visitas duran más de una hora.
- **Hospitalización parcial (PH):** un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización.

Atención de Rehabilitación para pacientes externos

- **Tratamiento asertivo comunitario (ACT):** ACT es un enfoque del equipo para el tratamiento, el apoyo y los servicios de rehabilitación. Muchos servicios los proporciona el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. ACT es para las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave o problemas emocionales.
- **Servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes externos de salud mental (MHOTRS):** un programa que brinda tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica en su comunidad.
- **Servicios orientados de recuperación personalizada (PROS):** un programa completo de recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, el apoyo y la terapia para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes externos para miembros que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE.

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE): programa de recuperación centrado en la persona con apoyos de salud conductual móviles para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios de CORE están disponibles para los miembros que han sido identificados por el estado a medida que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede remitir a otra o autorremitirse a los servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR):** este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como forjar vínculos sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar la escuela o retormarla; y utilizar los recursos de la comunidad.
- **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST):** este servicio le ayuda a controlar los síntomas mediante el asesoramiento y el tratamiento clínico.
- **Servicios de empoderamiento – apoyo de pares:** este servicio le pone en contacto con compañeros especialistas que han transitado la recuperación. Usted recibirá apoyo y asistencia para las siguientes situaciones:
 - aprender a vivir con los problemas de salud y ser independiente;
 - tomar decisiones sobre su propia recuperación; y
 - encontrar apoyo y recursos naturales.
- **Capacitación y apoyo familiar (FST):** este servicio proporciona a su familia y a amigos la información y las habilidades necesarias para ayudarlo y apoyarlo.

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP):** un programa basado en el hospital que brinda apoyo y camas de observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios móviles para casos de crisis o atención telefónica de crisis:** un servicio comunitario que responde a las personas que están atravesando una crisis de salud mental o de adicción.
- **Programas residenciales para crisis:** una residencia a corto plazo que brinda servicios durante las 24 horas del día, hasta 28 días, para las personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.

Servicios para adicciones para pacientes adultos ambulatorios

- **Los centros de tratamiento con opioides (OTP):** son sitios certificados por la Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica de OTP de por vida.

Servicios residenciales para la adicción para adultos

- **Los servicios residenciales** son para personas que necesitan apoyo durante las 24 horas de su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos internados

- **Los centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC)** brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También apoyan la planificación de atención poshospitalaria. Los tipos de servicios de tratamiento de la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para atender a hombres o mujeres, y mucho más.
- **Los programas de rehabilitación de adicciones para pacientes internados** pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos por abuso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención de 24 horas, los 7 días de la semana, es decir, están supervisadas en todo momento por el personal médico. Los servicios para pacientes internados incluyen el manejo de síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias.
- **Los programas de desintoxicación para pacientes hospitalizados médicamente supervisados** ofrecen tratamiento para pacientes internados para una extracción moderada e incluyen supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica en un plazo de veinticuatro (24) horas de ingreso y supervisión médica de afecciones de intoxicación y abstinencia.

Limitaciones

- La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para las personas que se consideran adecuadas para residir permanentemente en un hogar de convalecencia, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura de Medicaid institucional.
- Las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales están limitados a personas que no pueden obtener nutrición a través de otros medios y a las siguientes condiciones:
 - 1) Personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener la nutrición a través de fórmula vía sonda.

2) Y, personas con trastornos metabólicos congénitos poco frecuentes que requieren de fórmulas médicas para aportar los nutrientes esenciales no disponibles a través de otro modo.

- Bajo ciertas condiciones, los adultos con VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otra enfermedad o condición, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos modificados de alimentos sólidos con bajo contenido de proteínas o con proteínas modificadas.

Telesalud

Puede recibir algunos servicios a través de telesalud, cuando corresponda. Es su elección si recibe servicios en persona o a través de telesalud. Si tiene más preguntas sobre telesalud, comuníquese con su Administrador de atención.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

Debe informar a su Administrador de atención cuando viaja fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe contactar al administrador de atención para que lo ayude a organizar los servicios.

Servicio de emergencia

Un servicio de emergencia implica la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se indicó anteriormente, no se necesita autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a VNS Health Total dentro de las 24 horas de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo que solo se pueden proporcionar a través de VNS Health Total.

Si está hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con su equipo de atención de VNS Health Total dentro de las 24 horas del ingreso. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención en el hogar y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su médico de atención primaria o al planificador de altas del hospital para que se comunique con VNS Health Total para que podamos trabajar con él para planificar su atención después del alta del hospital.

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos afiliados en VNS Health Total pueden seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta 60 días desde la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenece a la red de servicios si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad y otras políticas de VNS Health Total, y brinda información médica sobre la atención al plan.

Si su proveedor abandona la red de servicios, se puede seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad del plan y otras políticas, y brinda información médica sobre la atención al plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Esta sección explica los servicios y apoyos que están disponibles a través del programa Money Follows the Person (MFP)/Open Doors (el dinero sigue a la persona [MFP]/Puertas abiertas). MFP/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de convalecencia de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Podría reunir los requisitos para el programa si sucede lo siguiente:

- Ha vivido en un centro de atención residencial por tres meses o más.
- Tiene necesidades médicas que se pueden satisfacer mediante servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, denominadas Especialistas y pares en la transición, que pueden reunirse con usted en el hogar de convalecencia y hablar sobre su regreso a la comunidad. Los Especialistas y pares en la transición no son lo mismo que los Administradores de atención y los planificadores del alta.

Podrían ayudarlo de las siguientes maneras:

- Brindándole información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitándolo o llamándolo después de que se mude para asegurarse de que tenga lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un especialista o par en la transición, llame a la Asociación de la Vida Independiente de Nueva York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors por internet en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Existen algunos servicios de Medicaid que VNS Health Total no cubre, pero Medicaid regular puede cubrir. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene una pregunta sobre si un beneficio está cubierto por VNS Health Total o Medicaid. Algunos de estos servicios cubiertos por Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen lo siguiente:

Farmacia

La mayoría de los medicamentos recetados está cubierta por la Parte D de Medicare de VNS Health Total según lo descrito en la Sección 6 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de VNS Health Total. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos que la Parte D de Medicare de VNS Health Total no cubre. Medicaid también puede cubrir medicamentos que nosotros denegamos.

Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:

- Servicios de administración de la atención de Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación brindados a los residentes de residencias comunitarias (CR) con licencia de OMH y programas de tratamiento basados en la familia
- Tratamiento diurno de la OMH
- Rehabilitación residencial de la OASAS para jóvenes
- Clínicas de salud conductual comunitarias certificadas (CCBHC)
- Centro residencial de tratamiento residencial de la OMH (RTF)

Para los afiliados de MAP hasta los 21 años:

- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS)
- Servicios para niños basados en la comunidad y en el hogar (HCBS)

Ciertos servicios para personas con discapacidades del desarrollo e intelectuales, que incluyen lo siguiente:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos conforme a exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Administración de casos de VIH de COBRA
- Los medicamentos y servicios médicos médicamente necesarios para mejorar la ovulación relacionados con la prescripción y el control del uso de estos medicamentos, para los miembros que cumplan con los criterios.

Planificación familiar

- Los miembros pueden ir a cualquier médico o clínica de Medicaid que preste atención médica de planificación familiar. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR VNS HEALTH TOTAL NI MEDICAID

Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por VNS Health Total ni Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos por VNS Health Total o Medicaid son los siguientes:

- Cirugía estética si no es médicamente necesaria.
- Artículos personales y para la comodidad.
- Servicios de un proveedor que no forma parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que VNS Health Total autorice la consulta con ese proveedor).

Llame al equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene preguntas.

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y PROCESOS DE QUEJAS

Usted tiene Medicare y también obtiene asistencia de Medicaid. La información de esta sección comprende sus derechos para todos los beneficios de Medicare y para la mayoría de los de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un proceso para los beneficios de Medicare y otro diferente para los beneficios de Medicaid. Esto a veces se llama “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de los beneficios de Medicaid, es posible que también tenga derecho a un proceso adicional de apelaciones externas. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones externas, consulte la página 291.

Sección 1: Solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)**. Para obtener una solicitud de autorización de un servicio, debe hacer lo siguiente:

Usted o su proveedor puede llamar sin cargo a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a:

VNS Health Total
Health Plans – Medical Management Department
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Autorizaremos los servicios en un monto determinado y para un período específico. Esto se denomina **período de autorización**.

Autorización previa

Para algunos servicios cubiertos, se exige **autorización previa** (aprobación de antemano) del Departamento de Administración Médica de VNS Health Total antes de que usted los reciba. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar la autorización previa.

Usted, su representante designado o su proveedor pueden obtener las solicitudes de servicios cubiertos adicionales o nuevos a través de su equipo de atención. Las solicitudes se pueden hacer de manera verbal o escrita. Su Equipo de atención le ayudará a obtener la autorización para los servicios cubiertos que requieren autorización previa. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios **antes** de recibirlos:

- Servicios de atención personal
- Atención médica a domicilio
- Servicios de atención médica de día para adultos
- Servicios de tareas en el hogar o limpieza
- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor

- modificaciones del medio ambiente
- entrega de comidas en el hogar
- modificaciones de seguridad en el hogar
- equipo médico
- suministros médicos y quirúrgicos
- atención en hogares de convalecencia
- servicios médico-sociales
- servicios de nutrición
- sistema personal de respuesta de emergencia (PERS)
- servicios privados de enfermería
- servicio de atención social de día

Revisión simultánea

También puede solicitar al Departamento de Administración Médica de VNS Health Total obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión simultánea**.

Revisión retrospectiva

Algunas veces, realizaremos una revisión sobre la atención médica que está recibiendo para corroborar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si realizamos estas revisiones.

¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que obtenga los servicios para los que califica. Los médicos y el personal de enfermería se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o los servicios que solicitó sean médicamente necesarios y correctos para usted. Esto lo hacen al controlar su plan de tratamiento según normas médicas establecidas.

Podemos decidir rechazar una solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted ha solicitado no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente, proporcionan la atención que usted ha

solicitado. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisamos conforme al proceso de **seguimiento rápido o estándar**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión de seguimiento rápido si alguno considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si rechazamos su solicitud de revisión de seguimiento rápido, le informaremos y manejaremos la solicitud conforme al proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo mencionado a continuación. A continuación, encontrará más información sobre el proceso de seguimiento rápido.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos su solicitud. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general, utilizamos el **plazo estándar** para informarle nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, tratamiento o servicio médico, a menos que hayamos aceptado utilizar los plazos rápidos.

- Una revisión estándar para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de los 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero sin superar los **14 días calendario** después de que hayamos recibido su solicitud. Si su caso es una **revisión simultánea** en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día laborable a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le daremos una respuesta en un plazo no mayor a 14 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una **queja rápida**.

Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”).

Si no le comunicamos nuestra respuesta en el plazo de los 14 días calendario (o antes de que finalicen los días adicionales, si los utilizamos), puede presentar una apelación.

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. En la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1” (también conocidas como Nivel 1), que se encuentra más adelante en este capítulo, se explica cómo presentar una apelación.

Proceso de seguimiento rápido

Si su salud lo requiere, pídanos que le brindemos una **autorización rápida de servicio**.

- Una revisión rápida para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de 1 día laborable a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nunca en un plazo mayor que **72 horas** después de la fecha en que nos hizo la solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, **puede presentar una queja rápida**. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan” que figura a continuación). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Para obtener una autorización rápida de servicio, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicitar cobertura para atención médica que aún no haya recibido. (No puede obtener una autorización rápida de servicio si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya haya recibido).
2. Usar los plazos estándar podría poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad funcional.

Si su proveedor le indica que su salud requiere una autorización rápida de servicio, automáticamente aceptaremos proporcionarle una autorización rápida de servicio.

Si usted mismo nos pide la autorización rápida de servicio, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que tomemos una autorización rápida de servicio.

Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una autorización rápida de servicio, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta, se le indicará que, si su proveedor le pide la autorización rápida de servicio, se la proporcionaremos automáticamente.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una autorización estándar de servicio en lugar de la autorización rápida de servicio que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 5: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan**, que figura más adelante en este capítulo).

Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio para su solicitud de un artículo o servicio médico, le brindaremos la respuesta al final de ese período extendido.

Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, le enviaremos una explicación detallada por escrito en la que se le indicará por qué la rechazamos. Si no está conforme con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener más información.

Si no llegáramos a comunicarnos con usted a tiempo, es porque rechazamos la solicitud de autorización de servicio. Si esto ocurre, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener más información.

Si modificamos un servicio que ya recibe:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hayamos aprobado que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 15 días previos al cambio de servicio.
- Si estamos revisando la atención de salud que usted recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de esta atención en un plazo de 30 días después de obtener la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que rechazamos el pago. **No tendrá que pagar ninguna atención recibida que el plan o Medicaid hayan cubierto, incluso si posteriormente denegamos el pago al proveedor.**

Es posible que también tenga **derechos especiales de Medicare si su cobertura para servicios de atención hospitalaria, atención médica profesional en el hogar, atención en centros de atención de enfermería especializada o rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)** está finalizando. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el **Capítulo 9** de la Evidencia de cobertura de VNS Health Total.

Qué debe hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura para un artículo o servicio médico, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedimos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

- VNS Health Total también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted según la queja que tenga. Puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y opciones disponibles.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocida como Apelación de nivel del plan)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita una autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina solicitud de autorización de un servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado, recibirá un aviso denominado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Si recibe un Aviso de determinación de cobertura integrada y no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación. Presentar una apelación significa tratar de recibir el artículo o servicio médico que desea pidiéndonos que revisemos su solicitud nuevamente.

Puede presentar una apelación de Nivel 1:

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1 o apelación del plan. En esta apelación, revisamos la decisión que tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por diferentes revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una apelación rápida.

Pasos para presentar una apelación de Nivel 1:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene **60 días** a partir de la fecha del Aviso de determinación de cobertura integrada para presentar una apelación. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido con el plazo pueden incluir si padeció una enfermedad muy grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su proveedor deberán decidir si necesita una **“apelación rápida”**.
 - Los requisitos y procedimientos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una “autorización de servicio de seguimiento rápido”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una autorización de servicio de seguimiento rápido. (Estas instrucciones se encuentran en la Sección 1, en la parte de Proceso de seguimiento rápido).
 - Si su proveedor nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
 - Si su caso fuera una **revisión simultánea** en la que estuviéramos revisando un servicio que usted ya recibe, obtendrá automáticamente una apelación rápida.
- Puede presentar una apelación usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación de Nivel 1 por usted. Puede llamarnos al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación de Nivel 1.
 - Solo la persona que designe por escrito podrá representarlo durante su apelación. Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante durante la apelación, puede completar el Formulario de solicitud de apelación que se adjuntó al Aviso de determinación de cobertura integrada, completar un formulario de Designación de un representante o escribir y firmar una carta en la que designe a su representante.
 - Para obtener un formulario de “Designación de un representante”, llámenos y solicite el formulario. También puede obtener el formulario en la página web de Medicare en: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestra página web en vnshealthplans.org. El formulario le otorga a la persona el permiso para que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Puede escribir una carta y enviárnosla. (Usted o la persona que se designa en la carta como su representante pueden enviarnos la carta).
- No lo trataremos de manera diferente ni actuaremos mal con usted si presenta una apelación de Nivel 1.
- Puede realizar la apelación de Nivel 1 por teléfono o por escrito. Después de llamar, le enviaremos un formulario que resuma la apelación que realizó por teléfono. Puede realizar cualquier cambio necesario en el resumen antes de firmar y devolvernos el formulario.

Continuación del servicio o artículo mientras apela una decisión sobre su atención

Si le informamos que íbamos a finalizar, suspender o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda seguir recibéndolos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 en el plazo de 10 días calendario de la fecha que figura en el aviso de determinación de cobertura integrada o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.
- **Nota:** Si su proveedor pide la continuación de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba designar a su proveedor como representante.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de Nivel 1?

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos analizando su apelación de Nivel 1. Le comunicaremos si necesitamos información adicional para tomar nuestra decisión.
- Le enviaremos una copia de su expediente sin cargo alguno, que incluye una copia de su historia clínica y cualquier otra información y registro

que usaremos para decidir sobre la apelación. Si su apelación de Nivel 1 es de seguimiento rápido, es posible que deba revisarse dicha información en un corto plazo.

- Profesionales de la salud calificados que no tomaron la decisión inicial decidirán sobre las apelaciones de asuntos clínicos. Al menos uno será un colega revisor clínico.
- Las decisiones no clínicas serán tratadas por personas que trabajan en un nivel superior que las personas que trabajaron en su primera decisión.
- También puede brindar información útil para tomar la decisión, ya sea en persona o por escrito. Llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si no está seguro de la información que debe brindarnos.
- Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde. Si denegamos su solicitud o la aprobamos por un monto inferior al solicitado, le enviaremos un aviso denominado Aviso de decisión de apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 1, enviaremos su caso automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Plazos para una apelación estándar

- Si utilizamos los plazos de apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
 - Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 5: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, que figura a continuación.
- Si no le damos una respuesta en la fecha aplicable indicada (o al final de los días adicionales que tomamos para decidir sobre su pedido de artículo o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones.
 - Una organización externa independiente la revisará.
 - Describimos esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones en la Sección 3: “Apelaciones de Nivel 2”.
- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de tomar nuestra decisión.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, estamos obligados a enviar su apelación al siguiente nivel de apelación** a fin de garantizar que cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su apelación. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Plazos para una apelación rápida

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los 14 días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de los días adicionales que nos tomemos), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, que abordamos más adelante en la Sección 3, “Apelaciones de Nivel 2”.

Si Aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Si Rechazamos su solicitud de manera total o parcial, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomar más tiempo para revisar su apelación de la medida.

- Durante la apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente, llamada **Oficina de Audiencias Administrativas u Oficina de Audiencias**, revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.
- Le informamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones más adelante en la Sección 3: “Apelaciones de Nivel 2”.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 3: Apelaciones de Nivel 2

La información de esta sección se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Si **rechazamos** su apelación de Nivel 1, su caso se enviará **automáticamente** al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias** revisa nuestra decisión de su apelación de Nivel 1. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

- **La Oficina de Audiencias es una agencia independiente del estado de Nueva York.** No tiene ninguna relación con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su archivo de caso. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Oficina de Audiencias información adicional para sustentar su apelación.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Los revisores de la Oficina de Audiencias analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias se pondrá en contacto con usted para programar una audiencia.
- Si se le concedió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1 porque su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión con un plazo estándar, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibiría automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 60 días calendario** después de recibir su apelación. Hay un total de 90 días disponibles entre la fecha en que solicita una apelación del plan (Nivel 1) y la fecha en que la Oficina de Audiencias decide su apelación de Nivel 2.
- Si la Oficina de Audiencias necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 287 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

La Oficina de Audiencias le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- Si la Oficina de Audiencias **acepta** su solicitud de manera total o parcial, debemos autorizar el servicio o darle el artículo **en el plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Oficina de Audiencias**.
- Si la Oficina de Audiencias **rechaza** su apelación de manera total o parcial, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar la apelación”).

Si la Oficina de Audiencias rechaza su apelación de manera total o parcial, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cuatro niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- El Consejo de Apelaciones de Medicare se ocupa de las apelaciones de Nivel 3. Después de ese paso, es posible que tenga derecho a solicitarle a un tribunal federal que revise su apelación.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Apelaciones externas para Medicaid solamente

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa para los **beneficios cubiertos por Medicaid solamente**. Puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron por los siguientes motivos:

- No era médicamente necesario.
- Era experimental o de investigación.
- No era diferente de la atención médica que puede recibir en la red de servicios del plan.
- Estaba disponible a cargo de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Esto se denomina apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el estado de Nueva York (el Estado). El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. No tiene que pagar por una apelación externa.

Antes de que apele ante el estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 con el plan y obtener el Aviso de decisión de apelación del plan; *o*

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico deberá considerar si necesita una apelación externa acelerada); *o*
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y optar directamente por la apelación externa; *o*
- puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su apelación de Nivel 1.

Usted cuenta con **4 meses** después de recibir el Aviso de la decisión de apelación del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a Servicios para los miembros (que forma parte de su equipo de atención) al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico.
- En la solicitud de apelación externa, se indica la información necesaria. Las siguientes son algunas formas de obtener una solicitud:
 - Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
 - Visite la página web del Departamento de Servicios Financieros ingresando a www.dfs.ny.gov.
 - Comuníquese con el plan de salud al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas. El revisor le informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Después, el revisor le enviará una carta con la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 5: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

La información de esta sección se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan cumpla con sus necesidades. Si tiene problemas con la atención médica o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no está conforme con la atención o los servicios que le proporcionamos, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o comuníquese por escrito con su equipo de atención. **El nombre formal para presentar una queja es interponer un reclamo.**

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja a su nombre. Si necesita nuestra ayuda debido a un impedimento visual o auditivo o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No dificultaremos la situación para usted ni tomaremos medida alguna en su contra por presentar un reclamo.

Cómo presentar una queja:

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a su equipo de atención.** Si hay algo que necesite hacer, su equipo de atención de se lo indicará. 1-866-783-1444 (TTY: 711).
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Incluya la descripción de su queja, la fecha del incidente y cualquier información del proveedor, si corresponde.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su equipo de atención de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

¿Qué sucede después?

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápido, así lo haremos.

- **Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario.**
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una autorización rápida de servicio o una apelación rápida, **automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de servicio o presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
 - Si nos pidió que le brindemos una autorización rápida de servicio o una apelación rápida y dijimos que no lo haríamos.
 - Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para brindarle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que presentó.
 - Cuando se revisa una autorización de servicio que realizamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de plazos determinados y considera que no estamos cumpliendo con los plazos.
 - Cuando no le damos una decisión a tiempo y no reenviamos su caso a la Oficina de Audiencias en el plazo requerido.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su queja sobre los beneficios de Medicaid, usted o una persona de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene 60 días hábiles después de recibir la determinación para presentar una apelación de queja.

- Puede hacerlo usted o solicitarle a alguien de confianza que presente la apelación de la queja por usted.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito.
 - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
 - Después de llamar, le enviaremos un formulario que resuma la apelación que realizó por teléfono.
 - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresar el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de la queja?

Después de que recibamos su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los 15 días hábiles. En la carta, se le informará lo siguiente:

- Quién es la persona que está resolviendo su apelación de la queja.
- Cuál es la información de contacto de dicha persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación de la queja. Estos revisores están en un nivel superior al de los que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de la queja se relaciona con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un colega revisor clínico que no haya estado implicado en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días hábiles desde el momento en que tengamos toda la información necesaria. Si un retraso pudiese poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en 2 días hábiles desde que tengamos toda la información necesaria para decidir sobre la apelación. Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde.

Si aún no está conforme, usted o una persona a su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante Medicaid de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes, llamado Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios de defensa gratuitos a los beneficiarios de atención a largo plazo del estado de Nueva York. Puede llamar a la ICAN para obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarlo a gestionar el proceso de apelación.

Contacte a la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Por teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)

Por Internet: www.icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP DE VNS HEALTH TOTAL

La inscripción de los afiliados en el producto Medicaid Advantage Plus no se cancelará en función de ninguna de las siguientes razones:

- Mucho uso de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del afiliado.
- Capacidad mental disminuida o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de las necesidades especiales, a menos que el comportamiento resulte en que el afiliado se vuelva no elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede elegir cancelar la inscripción voluntariamente

Puede solicitar dejar el PROGRAMA MAP de VNS Health Total en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El procesamiento podría tardar hasta seis semanas en función de cuándo se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre y cuando cumpla con los requisitos. Si continúa necesitando servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS), como atención personal, debe inscribirse en otro plan MLTC o programa de exención para el hogar y la comunidad para continuar recibiendo los servicios CBLTSS.

Deberá dejar el programa MAP de VNS Health Total si sucede lo siguiente:

- Si ya no se encuentra en VNS Health Total para su cobertura de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid.
- Si necesita atención en una residencia de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de 30 días consecutivos.
- Si se muda permanentemente fuera del área de servicio de VNS Health Total.
- Si ya no es elegible para el nivel de atención en un hogar de convalecencia, según lo determinado a través de la Evaluación de salud comunitaria (CHA), a menos que la finalización de los servicios proporcionados por el plan podrían hacer que sea elegible para el nivel de atención en un hogar de convalecencia dentro del período de seis meses siguiente.
- Al momento de una nueva evaluación mientras vive en la comunidad, se determina que usted ya no tiene que demostrar una necesidad funcional o clínica para recibir servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS).
- Si su único servicio se identifica como atención social de día.
- Si se inscribe en un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Si se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS) (que no es un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.

Podemos solicitarle que abandone el programa MAP de VNS Health Total en los siguientes casos:

- Si usted, un familiar o un cuidador informal u otra persona en la familia está involucrado en conductas o comportamientos que afectan gravemente la capacidad del plan para proporcionarle servicios.
- Si brinda información fraudulenta deliberadamente en un formulario de inscripción o permite el abuso de una tarjeta de inscripción en el programa MAP.
- Si no completa ni envía ningún formulario de consentimiento o de divulgación necesarios.
- Si no paga o no hace los arreglos para pagar el monto de dinero, según lo determinado por el Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS), que se adeuda al plan como responsabilidad económica/excedente dentro de los 30 días posteriores a la primera fecha de vencimiento del monto. Habremos hecho un esfuerzo razonable por cobrarlo.

Antes de cancelar la inscripción de forma involuntaria, VNS Health Total obtendrá la aprobación de Medicaid de Nueva YorkChoice (NYMC) o la entidad designada por el estado. La fecha efectiva de desafiliación será el primer día del mes siguiente al mes en que se tramita la cancelación de la inscripción. Si continúa necesitando los CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente a otro plan para que le proporcione cobertura para los servicios necesarios.

COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA

VNS Health Total respeta sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura y su identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores culturalmente competentes e incluimos y garantizamos la prestación de los servicios de una manera adecuada a toda la comunidad inscrita. Esto incluye, entre otros, aquellos con habilidades limitadas del inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos, y diversas comunidades religiosas.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

VNS Health Total hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención se encargará de ello. El personal todo lo necesario para ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a obtener acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de sus registros médicos y de cuándo recibe tratamiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada en una forma y un idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que comprenda; puede recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Tiene derecho a que se lo trate con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que dichos registros sean enmendados o corregidos.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin importar su género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil ni religión.
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de cuidado de salud administrado a largo plazo, incluido cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores de la red de servicios si no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja ante Medicaid de Nueva York o su Departamento Local de Servicios Sociales, y tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias administrativas o a recurrir a una apelación externa del estado de Nueva York, según corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que lo represente en cuanto a su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a buscar ayuda de un programa de defensoría del participante.

Responsabilidades del miembro

- Recibir servicios cubiertos a través de VNS Health Total.
- Utilizar proveedores de la red de servicios de VNS Health Total para los servicios cubiertos en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos previamente aprobados o en caso de emergencia.
- Ser visto por su médico, si se produce un cambio en su estado de salud.
- Compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de VNS Health Total sobre cualquier cambio en su salud y hacerle saber si no entiende o no puede seguir las instrucciones.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Después del plan de atención recomendada por el personal de VNS Health Total (con sus aportes).
- Colaborar y ser respetuoso con el personal de VNS Health Total y no discriminar al personal de VNS Health Total debido a motivos relacionados con la raza, color, nacionalidad, religión, género, edad, capacidad física o mental, orientación sexual ni estado civil.
- Notificar a VNS Health Total dentro de los dos días hábiles después de recibir servicios no cubiertos o no aprobados.
- Notificar a su equipo de atención médica de VNS Health Total con anticipación cada vez que no reciba servicios o atención que se haya acordado para usted.
- Informar a VNS Health Total antes de mudarse fuera del área de servicio de manera permanente o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Cumplir con sus obligaciones financieras.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que aseguran que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Pueden venir en forma de un poder para asuntos médicos, un testamento de vida o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden instruir qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer directivas anticipadas como prefiera. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continuara su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si usted ya tiene una directiva anticipada, comparta una copia con su Administrador de atención.

Información disponible mediante solicitud

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de VNS Health Total.
- Criterios clínicos de revisión específicos relacionados con una afección médica particular y otra información que VNS Health Total tenga en cuenta al autorizar los servicios.

Capítulo 13: Manual de Medicaid Advantage Plus del estado de Nueva York

- Políticas y procedimientos de información de salud protegida.
- Descripción escrita de los acuerdos organizacionales y procedimientos vigentes del programa de control y mejora del rendimiento de la calidad.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de VNS Health Total; y políticas y procedimientos utilizados por VNS Health Total para determinar la elegibilidad de un proveedor.

VNS Health Total Equipo de atención

Llame al: 1-866-783-1444

Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, 8 am - 8 pm (abr. - sept.). También ofrecemos servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, 8 am - 8 pm (abr. - sept.).

Escriba a: VNS Health Health Plans

220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Página web: vnshealthplans.org

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) del estado de Nueva York

es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Llame al: 1-800-701-0501

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Escriba a: Department for the Aging

Two Lafayette Street, 16th Floor
New York, NY 10007-1392

Página web: aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap



Declaración de Divulgación de la PRA. De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo (PRA) de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información que no incluya un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051 Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.