



VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP)

Un programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage

2026

MANUAL PARA LOS MIEMBROS: SU EVIDENCIA DE COBERTURA



Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo ponerse en contacto con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a 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 días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.). Esta llamada es gratuita.

Este plan, VNS Health EasyCare Plus, es ofrecido por VNS Health Medicare. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a VNS Health Medicare. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VNS Health EasyCare Plus).

Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino. También puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o en audio.

Aviso de disponibilidad

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con

un intérprete, por favor llame al 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-783-1444, TTY/TDD 711。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-783-1444, TTY/TDD 711。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-783-1444, TTY/TDD 711번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-783-1444 (телетайп: TTY/TDD 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए., बस हमें 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. पर फोन करें कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है .

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Ta usługa jest bezpłatna.

Albanian: Kemi shërbime përkthimi falas për t'iu përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin ose planin e mjekimeve. Për të marrë një përkthyes, thjesht na telefononi në 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Dikush që flet anglisht/gjuhën mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim falas.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס איר קענט האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. אײנער וואס רעדט ענגליש/אידיש קען אײך העלפן. דאס איז א סערוויס וואס קאסט נישט קיין געלט.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনও প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, শুধু আমাদের কল করুন 1-866-783-866-1, TTY/TDD নম্বরে। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ 711 আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এটি একটি বিনামূল্যের পরিষেবা।

Greek: Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμάκων. Για να βρείτε διερμηνέα, καλέστε μας στο 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. Κάποιος που μιλάει ελληνικά θα σας βοηθήσει. Πρόκειται για μια δωρεάν υπηρεσία.

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، بس ہمیں کال کریں۔ 1-866-783-1444, TTY/TDD 711. اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H5549_2026_EasyCarePlus_EOC_C

Índice**CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5**

SECCIÓN 1	Usted es miembro de VNS Health EasyCare Plus	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para la membresía.....	8
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes para 2026.....	9
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual de su plan	15
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de miembros de nuestro plan	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1	Contactos de VNS Health EasyCare Plus	19
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare.....	22
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)	23
SECCIÓN 4	Quality Improvement Organization (QIO).....	24
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	25
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados.....	28
SECCIÓN 8	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	31

**CAPÍTULO 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para acceder a los
servicios médicos y otros servicios cubiertos 32**

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	32
SECCIÓN 2	Acuda a los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios	34
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	41
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	41
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	43

SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	44
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 47		
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	47
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	49
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de VNS Health EasyCare Plus.....	96
SECCIÓN 4	Servicios que nuestro plan no cubre	97
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 100		
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	100
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.....	101
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	104
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	107
SECCIÓN 5	Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera.....	108
SECCIÓN 6	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	110
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	113
SECCIÓN 8	Cómo obtener medicamentos recetados	114
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	114
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos	115
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 118		
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	118
SECCIÓN 2	Etapas de pago de los medicamentos para miembros de VNS Health EasyCare Plus.....	121
SECCIÓN 3	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> informa en qué etapa de pago se encuentra.....	121
SECCIÓN 4	La etapa del deducible.....	123

SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	123
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....	128
SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	129
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		131
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de costo compartido por servicios o medicamentos cubiertos.....	131
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura recibida	134
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si la aceptamos o no	134
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		136
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	136
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	143
CAPÍTULO 9: <i>Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		145
SECCIÓN 1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	145
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	146
SECCIÓN 3	Qué proceso debe usar para su problema	146
SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	147
SECCIÓN 5	Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	147
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	151
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	159
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.....	169
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto	174
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	179
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, su equipo de atención u otras inquietudes	182
SECCIÓN 12	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	185

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan	186
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	186
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	186
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	190
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos y sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	191
SECCIÓN 5 VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones	191
CAPÍTULO 11: Avisos legales	193
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	193
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	193
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	196
SECCIÓN 4 Compromiso con el cumplimiento.....	196
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	198

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de VNS Health EasyCare Plus

Sección 1.1 Está inscrito en VNS Health EasyCare Plus, que es un plan de necesidades especiales de Medicare

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 de medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, VNS Health EasyCare Plus. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de nuestro plan difieren de Original Medicare.

VNS Health EasyCare Plus 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 EasyCare Plus está diseñado para las personas que tienen Medicare y que 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 Medicare. Medicaid también brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, puede recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. VNS Health EasyCare Plus lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que obtenga los servicios de salud y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

VNS Health EasyCare Plus está dirigido por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *VNS Health EasyCare Plus* 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 tiene vigencia durante los meses en los cuales usted esté inscrito en VNS Health EasyCare Plus, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de VNS Health EasyCare Plus después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y de Medicaid) y el programa New York State Medicaid deben aprobar VNS Health EasyCare Plus. Puede continuar teniendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y el programa New York State Medicaid renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos es legal.
- Cumple 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 para Medicare y Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se incluye información sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua considerada.

Sección 2.2 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 sobre cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare 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 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 (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+]).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para VNS Health EasyCare Plus

VNS Health EasyCare Plus solo está disponible 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 de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Condados de Albany, Bronx, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de New York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

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 se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a VNS Health EasyCare Plus si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use 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. Ejemplo de tarjeta de miembro:



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 lugar de su tarjeta de miembro de VNS Health EasyCare Plus, 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 de nuestro plan está dañada, se pierde o se la roban, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran nuestros proveedores de la red de servicios, proveedores de equipos médicos duraderos y farmacias 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 EasyCare Plus autoriza a acudir a proveedores fuera de la red.

Las **farmacias de la red** son las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red de servicios en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar las farmacias que no están dentro de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirle una copia a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestra página web en vnshealthplans.org.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D de VNS Health EasyCare Plus. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados, como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de VNS Health EasyCare Plus.

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restrinjan la cobertura de un medicamento. Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestra página web o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite vnshealthplans.org/formulary para conocer nuestra lista de medicamentos o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$51.60

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Deducible	\$257 excepto para la insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero. Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	\$9,250 Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas con un médico de atención primaria	20% del costo total por visita Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.
Visitas al consultorio del especialista	20% del costo total por visita Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Hospitalización del paciente	Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$419 por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: copago de \$838 por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener detalles, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	\$615 excepto los productos de insulina de Nivel 5 y cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 4 a 6 del Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas las Etapas de deducible, cobertura inicial y de cobertura en etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Nivel 1 de medicamentos: Genérico; copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 - Nivel 2 de medicamentos: Marca preferida; copago de \$0, \$4.90 o \$12.65

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
	- Nivel 3 de medicamentos: Marca no preferida; copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 - Nivel 4 de medicamentos: Nivel de especialidad; copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 para medicamentos genéricos en este nivel, y copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 para medicamentos de marca en este nivel - Nivel 5 de medicamentos: Medicamentos selectos; copago de \$0 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

SECCIÓN 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2026, la prima mensual del plan para VNS Health EasyCare Plus es de \$51.60. La totalidad o la mayor parte de la prima de su plan es pagada en su nombre por Ayuda adicional.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un documento 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 con el fin de pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider o LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

En algunas situaciones, la prima de nuestro plan podría ser menor,

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Estos incluyen Ayuda adicional y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si cumple con los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

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

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

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para 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 EasyCare Plus, 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 de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

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

- Usted recibe Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Veterans Health Administration (VA). Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o un boletín informativo de ese plan.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos en medicamentos no son una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- 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 de medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional base del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima es de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima nacional base del beneficiario y redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$38.99, lo que es igual a \$5.4586. Esto se redondea a \$5.50. Esta suma se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- La **multa puede cambiar cada año**, porque la prima nacional base del beneficiario puede cambiar cada año.
- **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.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanuda cuando cumpla 65 años. 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 pedir 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.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Monto de ajuste mensual

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

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

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, pagará cada mes la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual contempla lo que debe por los medicamentos recetados que recibe, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Hay 2 maneras de pagar la prima de nuestro plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Todos los meses, recibirá un estado de cuenta de VNS Health EasyCare Plus que indicará la multa por prima y por inscripción tardía que le corresponde al plan. Su pago tiene vencimiento mensual y se debe recibir el primer día del mes. El cheque debe ser pagadero a VNS Health EasyCare Plus.

Pague las primas de su plan con cheque o mediante giro postal a la siguiente dirección:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

VNS Health
Health Plans
PO Box 29136
New York, NY 10087-9136

Se aplicarán los cargos correspondientes cuando se trate de un cheque sin fondos.

Opción 2: Que se deduzca su prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, comuníquese con su Equipo de atención. Con gusto le ayudaremos con este asunto.

Cómo cambiar la forma en que paga su prima

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima de nuestro plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a su Equipo de atención.

Si tiene problemas para pagar la prima de nuestro plan

El pago de la prima de nuestro plan vence en nuestra oficina antes del primer día del mes.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a su plan de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si podemos dirigirlo a programas que lo ayudarán con la prima de nuestro plan.

Si cree que hemos finalizado su membresía injustamente, puede presentar una queja (también se denomina reclamo). Si vivió una situación de emergencia que se encontraba fuera de su control y que hizo que no puede pagarnos la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-866-783-1444, 8 am – 8 pm, los 7 días de la semana (de octubre a marzo) y 8 am – 8 pm, de lunes a viernes (de abril a septiembre). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja antes de que transcurran 60 días calendario después de la fecha en que finalice su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

Si resulta elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos, Ayuda adicional paga parte de la prima mensual de su

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

plan. Si pierde la elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de miembros de nuestro 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 otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de sus costos compartidos**. Debido a esto, es muy importante ayudarnos a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Demandas de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a 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 alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a su equipo de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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 (“pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término (“pagador secundario”) solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health EasyCare Plus

Para obtener ayuda con los reclamos, la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame al equipo de atención de VNS Health EasyCare Plus o escríbale. Con gusto lo ayudaremos.

Su equipo de atención: información de contacto	
Teléfono	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. – set.) Su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. – set.)
Correo postal	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
Página web	vnshealthplans.org
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 desde el primer día de inscripción.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D**

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 de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

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

Teléfono	Plan médico: 1-866-783-1444 (decisiones de cobertura y apelaciones) 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Part D: 1-888-672-7205 (decisiones de cobertura y apelaciones) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.	
TTY	711 (decisiones de cobertura y apelaciones) 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. – set.)	
Correo postal	Plan médico: Coverage decisions and Appeals: VNS Health Health Plans - Medical Management 220 East 42nd Street New York, NY 10017	Part D: Coverage decisions and appeals: MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Página web	vnshealthplans.org	

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D**

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 o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D: información de contacto

Teléfono	1-866-783-1444 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-866-791-2213
Correo postal	VNS Health Medicare Health Plans - Grievance & Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
Página web de Medicare	Para presentar una queja sobre VNS Health EasyCare Plus directamente ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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 paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Información de contacto para solicitudes de pago	
Teléfono	1-866-783-1444 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Las llamadas a estos números son gratuitas.
TTY	711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	858-549-1569
Correo postal	Plan médico: VNS Health Health Plans – Claims PO Box 4498 Scranton, PA 18505 Puede enviar las solicitudes de pago de la Parte D (medicamentos recetados), incluido el formulario de Reembolso directo al miembro (DMR) y el recibo detallado a esta dirección: MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 2 Obtener ayuda 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 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 (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (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.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Página web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluso lo que cuestan y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono útiles.
Página web (continuación)	También puede visitar www.Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre VNS Health EasyCare Plus. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados que ofrece ayuda,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (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.

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.

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP): información de contacto

Teléfono	1-800-701-0501
TTY	711
Correo postal	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
Página web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 Quality Improvement Organization (QIO)

Una Quality Improvement Organization (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En el estado de New York, la Quality Improvement Organization 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. Entre los ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención se incluyen obtener un medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- 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 o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Livanta (Quality Improvement Organization del estado de New York): información de contacto

Teléfono	1-866-815-5440 De lunes a viernes: 9 am – 5 pm Sábado - domingo: 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
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.
Correo postal	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Página web	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por cobertura de 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, póngase en contacto con el Seguro Social para informarles.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 am a 7 pm. Use 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.

- **Beneficiario calificado de Medicare (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 de Medicare con ingreso bajo especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que cumple con los requisitos (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, a continuación encontrará información de contacto del programa New York State Medicaid.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Programa New York State Medicaid: información de contacto

Teléfono	1-800-541-2831 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, 8 am – 8 pm; sábados, 9 am – 1 pm
TTY	711
Correo postal	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
Página web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN): información de contacto

Teléfono	1-844-614-8800, de lunes a viernes. De 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711
Correo postal	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 ican@cssny.org
Página web	www.icannys.org

El Programa de defensor del pueblo de atención a largo plazo de New York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y resolver problemas entre estos hogares y residentes o sus familias.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**Programa de defensor del pueblo de atención a largo plazo de New York: información de contacto**

Teléfono	1-855-582-6769, de lunes a viernes. 9 am – 5 pm
TTY	711
Correo postal	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 ombudsman@aging.ny.gov
Página web	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

La página web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a las siguientes entidades:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, 8 am – 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina de Medicaid de su estado, llamando al 1-800-541-2831.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia de su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si cree que reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con sus medicamentos recetados, llame a su equipo de atención para recibir ayuda. Los CMS permiten que los miembros presenten uno de varios documentos, incluidos una copia de su tarjeta de Medicaid o un documento estatal que confirme su estado de Medicaid, a fin de mostrar como prueba que usted califica para recibir la "Ayuda adicional". Su equipo de atención puede indicarle la información específica que tiene que enviarnos y dónde enviarla.
- Cuando tengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga más de lo que paga su

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

copago, le devolveremos, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe una deuda, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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 Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados 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), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

En el estado de New York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro de farmacia para personas de edad avanzada (EPIC). Consulte la información más abajo.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del Programa de cuidado para personas sin seguro.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, debe 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 las 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.

En el estado de New York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

EPIC: información de contacto	
Teléfono	1-800-332-3742 Horario de atención: de lunes a viernes, 8 am – 5 pm
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.
Correo postal	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 11212-5018
Página web	www.health.ny.gov/health_care/epic

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más conveniente que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto	
Teléfono	1-866-783-1444 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) Su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

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

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 7 días de la semana, 8 am – 8 pm, (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.)
Correo postal	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
Página web	vnshealthplans.org

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

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, debe informar si se muda o si cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto

Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB), 9 am – 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y 9 am – 12 pm los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automática de RRB 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 no son gratuitas.
Página web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos.

Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan y cuándo debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y 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 salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido 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 consulta con un proveedor de la red de servicios, no paga nada o solo paga la parte que le corresponde del costo de 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 médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizarán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para su atención médica y otros servicios que cubrirá nuestro plan

Al ser un plan de salud de Medicare, VNS Health EasyCare Plus 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).

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

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

- **La atención que reciba se incluye en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los 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 de la red (un PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación (una remisión) antes de que acuda a otros proveedores de la red de servicios de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que recibe. Existen 3 excepciones:
 - Nuestro 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 y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere 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. Si obtiene una autorización de nuestro plan antes de buscar atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - 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

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

Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede 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 quiere 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.

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 nuestro plan?

Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de VNS Health EasyCare Plus. 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 EasyCare Plus, 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 sobre su atención de salud y su progreso, y asegurarse de que sus servicios cumplan con sus necesidades de salud específicas.

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

¿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 elegir un PCP

En el momento de su inscripción en **VNS Health EasyCare Plus**, debe elegir un PCP. El **Directorio de proveedores y farmacias de VNS Health EasyCare Plus** 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 EasyCare Plus**.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y deba elegir un nuevo PCP.

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 EasyCare Plus 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 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 EasyCare Plus hasta que complete su tratamiento en curso actual.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede obtener sin una remisión de 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.

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

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red de servicios o por proveedores fuera de la red de servicios.
- Los servicios cubiertos por el plan de urgencia son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no está disponible temporalmente.
- 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 al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY llaman al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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. 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 de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. (Consulte el Capítulo 12 para obtener las definiciones de Cuidados paliativos y Hospicio)

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

- Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, 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 médico puede requerir que reciba procedimientos

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

o pruebas de diagnóstico adicionales. En estos casos, su médico necesitará obtener autorización previa de VNS Health EasyCare Plus.

- 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.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- 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 3 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 lo visitó en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con un costo compartido dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de recibir atención.
- 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.

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

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando 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 ante el plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo 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 EasyCare Plus. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información o para coordinar servicios.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

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, una lesión, un dolor intenso o una afección 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 aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura mundial de atención de emergencia y urgencia, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.

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

- **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. Llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711), los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y los días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – set.) para que podamos ayudarle.

Servicios cubiertos en 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.

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, 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.

¿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.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted recibe la atención adicional de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red de servicios para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas a continuación para obtener esta atención de urgencia.

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

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

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 debe 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.

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.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: 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.

Sección 3.3 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.

Visite vnshealthplans.org para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

Capítulo 3 Cómo utilizar la cobertura de nuestro 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?

VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid.

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid.

VNS Health EasyCare Plus cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de un servicio, consulte con nosotros para ver si el servicio está cubierto por Medicaid.

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 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado 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. 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 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.

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

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. Deberá proporcionarnos la documentación para demostrarnos cuánto pagó.

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 del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia [NCD-CED] y exención de dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio 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 pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar documentación que muestre qué monto de costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero el costo de la

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

prueba sería de \$10 según nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Usted debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio calificado para un ensayo clínico y enviar la documentación (como la factura de un proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto para la prueba sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan 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 de un estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.
- Los artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 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).

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

Sección 6.2 Cómo obtener 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:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la 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. (Para obtener más información, consulte la Sección 2 del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No puede quedarse equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos en virtud 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 que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre es dueño de algunos artículos de DME, como prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

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

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. **Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** No obtendrá el artículo, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 de DME. Los pagos que efectuó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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. Tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el producto en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted no obtuvo la posesión del artículo 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 vuelva a una a Original Medicare. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, VNS Health EasyCare Plus 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 EasyCare Plus o médicamente ya no necesita equipos de oxígeno, estos deben devolverse.

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

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de VNS Health EasyCare Plus. En esta sección, también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Costos que es posible que pague de su bolsillo por servicios cubiertos

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid, es posible que no tenga que pagar nada por su atención. A veces, es posible que tenga que pagar una pequeña cantidad, llamada copago, según su elegibilidad para Medicaid. Asegúrese de seguir las reglas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles sobre las normas del plan). 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.

Tipos de gastos que puede pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- 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. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de nuestro plan).
- 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 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 le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Su deducible es de \$257. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios cubiertos. Después de pagar su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

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

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagamos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- En virtud del pago por servicio (FFS) de Medicare, ciertos servicios no están sujetos al deducible de la Parte B. Estos incluyen algunos servicios preventivos, como visitas anuales de bienestar y pruebas de detección, y algunos servicios de atención médica a domicilio. Además, los servicios de laboratorio clínico también están exentos del deducible.

Si es elegible para la ayuda en el costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, no tiene deducible.

Sección 1.3 ¿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 ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP será de \$9,250.**

Los montos que paga por los deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos de servicios se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo de \$9,250 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. No obstante, debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, tiene una protección importante para usted porque, después de alcanzar los deducibles, solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se **denomina facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red de servicios.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red de servicios solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red de servicios solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicios).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

La Tabla de Beneficios Médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por VNS Health EasyCare Plus y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. En el Capítulo 5 se brinda información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.

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

- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el que el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red de servicios, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe.
- 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 nuestra 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 (*). Estos servicios que no se incluyen en la Tabla de beneficios médicos también requieren autorización previa:
 - Ingresos en el hospital no participante y opcional, incluso ingresos de salud mental.
 - 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

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

- Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia)

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted cuenta con 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. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)*. Revíselo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted está dentro del período de elegibilidad ininterrumpida estimado 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.

Si es elegible para recibir ayuda en el costo compartido de Medicare según Medicaid, usted no paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si un proveedor del plan lo diagnosticó con cualquiera de las afecciones crónicas que se incluyen a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica al alcohol o a drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica

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

- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal en etapa final (ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Accidente cerebrovascular
- 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.
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- 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 médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 visitas en 90 días 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 8 sesiones adicionales para los 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.	20% del costo total de cada consulta de cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.*
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. Un asistente médico (PA), un profesional en enfermería (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) (según se identifica en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar deben proporcionar los servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos aplicables del estado y tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) y • 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.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja (continuación) 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.	
Acupuntura (beneficio de rutina) El beneficio incluye: • 30 consultas por año	\$0 de copago por cada consulta de rutina.
Servicios de ambulancia* 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 afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por nuestro 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.	20% del costo total para cada servicio de ambulancia terrestre cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada servicio de ambulancia aérea cubierta por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Visita anual de bienestar 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. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “<i>Bienvenido a Medicare</i>”. No obstante, no es necesario haber realizado la visita “<i>Bienvenido a Medicare</i>” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las visitas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca* 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. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	20% del costo total para cada visita a los servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. 20% del costo total de cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca intensivos cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación cardíaca* (continuación)	Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.*
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de quiropráctica* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación.	20% del costo total de cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.*
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido para este servicio variará dependiendo de los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertas las siguientes pruebas de detección: - La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. - Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o cuando han pasado 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no son de alto riesgo después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • 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. • 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. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y está sujeto a un 20% del costo total cuando se realiza en un hospital ambulatorio o un 20% del costo total cuando se realiza en un centro independiente. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
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 paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una afección médica primaria de la persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación contra el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales que preceden al trasplante de órganos.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales* (continuación) No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios cubiertos por Medicare. Servicios dentales (que incluyen, entre otros, exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, empastes, coronas, extracciones, tratamientos de conducto, dentaduras postizas, implantes y atención endodóntica y periodontal). No necesita una remisión de su PCP para consultar con un odontólogo. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales preventivos: • exámenes orales ilimitados cada año • limpiezas ilimitadas cada año • tratamientos ilimitados con fluoruro cada año • radiografías ilimitadas cada año • 2 consultas cada año para otros servicios dentales de diagnóstico Servicios dentales integrales: • Servicios de restauración: 2 por año • Servicios de prostodoncia removible: 2 por año • Servicios de implante: 1 por año • Servicios de prostodoncia fija: 2 por año • Servicios de cirugía bucal y maxilofacial: 2 por año	\$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cada examen dental preventivo. \$0 de copago por cada limpieza. \$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro. \$0 de copago por las radiografías. \$0 de copago por otros servicios de diagnóstico. Monto máximo de cobertura del plan de \$2,750 cada año para servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. \$0 de copago por los servicios de restauración. \$0 de copago por los servicios de prostodoncia removible. \$0 de copago por los servicios de implantes. \$0 de copago por los servicios de prostodoncia fija.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)*	\$0 de copago por los servicios de cirugía bucal y maxilofacial. Puede requerir autorización previa.*
 Prueba de detección de depresión 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos 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. Puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación 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 lo siguiente: • 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.	20% del costo de los suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes* (continuación) • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 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 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.	20% del costo de los suministros de monitoreo de diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare. \$0 de copago por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa.*
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, 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. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestra página web en vnshealthplans.org/providers.	20% del costo del equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de 20% del costo total, <i>cada 36 meses</i>. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.* \$0 de copago para mejorar los servicios de manejo de enfermedades.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Electrocardiograma después de la visita de “Bienvenida a Medicare” El electrocardiograma (ECG o EKG) es una prueba para registrar las señales eléctricas en el corazón. Medicare cubre un electrocardiograma (ECG o EKG) de detección de rutina si usted recibe un pedido de su médico u otro proveedor de atención médica durante su visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”.	\$0 de copago por un ECG después de la visita de “Bienvenido a Medicare”.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. 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, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindaron fuera de la red de servicios es el mismo que cuando recibe tales servicios dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo para obtener más detalles.	20% del costo total, hasta un máximo de \$115 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita obtener atención para pacientes hospitalizados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Mejora de los servicios de gestión de enfermedades Este beneficio puede proporcionarle más apoyo para cuidar de su salud. Los miembros elegibles pueden participar para recibir un mejor manejo de enfermedades. Los servicios incluyen lo siguiente:	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Mejora de los servicios de gestión de enfermedades (continuación) • Visitas a domicilio por parte de un enfermero para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar • Asistencia para encontrar médicos y programar citas. • Asistencia para tomar los medicamentos de la forma correcta • Conexiones con los recursos de la comunidad	
Beneficio de acondicionamiento físico 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. Para obtener más información sobre este beneficio, visite la página web silversneakers.com o llame sin cargo al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, 8 am – 8 pm.	\$0 de copago para el beneficio de acondicionamiento físico.
 Programas educativos sobre salud y bienestar Los beneficios incluyen lo siguiente: • Materiales educativos impresos sobre la salud • Incluye opciones de acondicionamiento físico presenciales y virtuales, como clases que se adaptan a todos los niveles de acondicionamiento físico y agudeza. • Tecnologías de acceso remoto (incluidas las tecnologías basadas en la web/teléfono y la línea directa de enfermería) 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).	Copago de \$0
Servicios auditivos 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 realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Los beneficios adicionales incluyen: (continuación) - Exámenes auditivos de rutina: 1 examen al año - Adaptación y evaluación de audífonos: 2 consultas cada 3 años - Audífonos recetados, todos los tipos: 2 audífonos cada 3 años - Audífonos OTC: audífonos ilimitados	\$0 de copago por cada examen auditivo de rutina. \$0 de copago por cada consulta de adaptación/evaluación de audífonos. Monto máximo de cobertura del plan de \$700 cada 3 años (por oído) para audífonos recetados. Copago de \$0 para audífonos recetados, de todos los tipos. \$0 de copago para audífonos de venta libre.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: - Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: - Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para realizar pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio* Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de una agencia de atención médica a domicilio* (continuación) - 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.	\$0 de copago por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa.*
Tratamiento de infusión en el hogar* 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. - Capacitación y educación para pacientes que, de otra manera, no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. - Monitoreo remoto. - 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.	\$0 de copago por los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. Algunos medicamentos de la Parte B requieren autorización previa por parte del plan.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados en centros para enfermos terminales 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. Puede recibir atención de cualquier programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de un centro para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención médica a domicilio. Cuando es ingresado en un centro para enfermos terminales, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios en un centro para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) 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. Mientras esté en el programa de un centro para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de servicio de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si existe un requisito para recibir autorización previa).	Cuando se inscribe en un programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no VNS Health EasyCare Plus.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados para enfermos terminales (continuación) • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red de servicios, pagará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por VNS Health EasyCare Plus, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: VNS Health EasyCare Plus 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 nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5. Nota: Si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas (o inyecciones) antigripales, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas (o inyecciones) adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Vacunas (continuación) También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados* 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. 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).	Para las hospitalizaciones para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$419 por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: copago de \$838 por cada día de reserva de por vida después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos.
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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. • Análisis de laboratorio	Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como se publiquen.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)* • 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 para desórdenes por el consumo de sustancias para pacientes internados.	Para los días adicionales después de alcanzar el límite de beneficios cubiertos por Medicare, usted paga un copago de \$0 para los días 91 y posteriores. Un período de beneficios comienza el día en que usted 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. Si usted ingresa al hospital después de que finaliza un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Puede requerir autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)* • 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 trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si VNS Health EasyCare Plus 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. • 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. • Servicios de médicos. 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, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare, <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Si recibe atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red de servicios una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red de servicios.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* <i>Carelon proporciona servicios de salud mental y conductual</i> 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. • 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. Recibe hasta 190 días de atención para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico cubierto por Medicare de por vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Para las estadías de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, usted paga: Deducible de \$1,676 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$419 por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: copago de \$838 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Puede requerir autorización previa.* Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como se publiquen.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficio de comidas • El beneficio se puede usar inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. • Puede usar este beneficio para que le entreguen las comidas en su hogar después de un alta hospitalaria para pacientes hospitalizados agudos. • Tiene cobertura para un máximo de 28 comidas durante un período de 2 semanas después de una hospitalización, limitada a 3 hospitalizaciones por año.	Copago de \$0
 Terapia médica nutricional 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. 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento relacionado con la salud que proporciona entrenamiento para un cambio dietario a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para solucionar problemas y superar desafíos con el fin de sostener el descenso de peso y llevar un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare* 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: • 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 nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite tomografías y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, que podría sumarse a los costos globales. Consulte a su médico acerca de qué tomografías y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplantes/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento de trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que obtenga medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona capacitada de manera adecuada (que podría ser usted, el paciente) los suministra bajo la supervisión apropiada.	\$0 de copago por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare. \$0 de copago por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. \$0 de copago por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede requerir autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el cáncer disponibles, es posible que la Parte B pueda cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utilice como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de un plazo de 48 horas de la quimioterapia, o si se utilizan como el reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calciomiméticos y quelantes de fosfato en virtud del sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de enfermedades causadas por deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica nuestro beneficio para medicamentos de la Parte D, incluso las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
 Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la terapia y las pruebas de detección de obesidad preventivos.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con 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: • La U.S. Food and Drug Administration (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	\$0 de copago por los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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.	Radiografías para pacientes ambulatorios 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Servicios de radiología terapéutica 20% del costo de los servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). Suministros médicos 20% del costo de los suministros cubiertos por Medicare. Servicios de laboratorio 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Servicios de sangre 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)* • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	Procedimientos y exámenes de diagnóstico 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Servicios de radiología diagnóstica 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare (como MRI y CT). Se requiere autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios 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. 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. 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, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare, <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. La hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	20% del costo total para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 facturadas por el hospital.	Servicios de emergencia Consulte la fila <i>Atención de emergencia</i>.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación) • 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. 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, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	Cirugía para pacientes ambulatorios* Consulte las filas <i>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios y Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</i> Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos* Consulte la fila <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos.</i> Atención de salud mental y hospitalización parcial* Consulte las filas <i>Servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, Servicios de hospitalización parcial y Servicios ambulatorios intensivos.</i> Medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar* Consulte la fila <i>Medicamentos de la Parte B de Medicare.</i> Puede requerir autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la salud mental para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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.	20% del costo total para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. 20% del costo total para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. 20% del costo total para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). 20% del costo total para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). Su costo depende de su nivel de elegibilidad o en Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. 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).	20% del costo total para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa.*
Servicios para desórdenes por el consumo de sustancias para pacientes externos* 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Evaluación inicial y continua. • Plan de atención individualizado con enfoque en tratamiento claro según las necesidades y la respuesta al tratamiento. • Psicoterapia individual y grupal que se centra en las conductas asociadas con el uso de drogas y alcohol, incluso estilo de vida, actitudes, prevención contra recaídas y capacidades de adaptación. • Orientación y participación familiar, según corresponda. • Planificación del alta, que incluye la identificación de los criterios reales del alta. Un miembro se puede autorremitir para una evaluación por parte de un proveedor de la red de servicios en un período de 12 meses.	20% del costo total para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* 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 escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga el 20% del costo total. Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga el 20% del costo total. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa.*
Artículos de venta libre, comestibles y Flex El paquete de beneficios combinados cubre hasta \$272.50 al mes para OTC/comestibles y Flex**. Obtendrá una tarjeta con asignaciones separadas: • \$235 cada mes para OTC/comestibles; • \$37.50 para Flex Use su asignación de OTC/comestibles para comprar artículos de salud y comestibles. También se ofrece la entrega a domicilio de comidas preparadas y productos. Use su asignación Flex para ayudar a pagar ciertas utilidades del hogar (electricidad, gas, Internet y teléfono). También podría usarse para cubrir artículos o servicios dentales, de audición y de la vista que superen el monto máximo cubierto. Otros tipos de servicios y bienes no son elegibles. Los saldos restantes no se transferirán al final de cada mes y todas las asignaciones deben utilizarse antes del final del año calendario (12/31/2026).	Copago de \$0 Monto máximo de cobertura del plan de \$235 por mes para artículos de OTC y comestibles. La cantidad sin usar no se transfiere al siguiente período.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Artículos de venta libre, comestibles y Flex (continuación) **Los beneficios para comestibles y utilidades del hogar son parte de un beneficio complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican. Dentro de las enfermedades crónicas se incluyen demencia, insuficiencia cardíaca, trastornos pulmonares, accidente cerebrovascular, diabetes y otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose solamente en su afección. Todos los requerimientos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que el beneficio se proporcione. Para más detalles, contáctenos.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	20% del costo total por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 20% del costo total para los servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa.*
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que obtiene 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.	20% del costo total para cada visita de atención primaria cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada visita al especialista cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* - Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. - Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento con un médico o enfermero profesional. - 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. - Una llamada de audio y video en vivo con un proveedor a través de su teléfono, tableta o computadora. - Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. - Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación - Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente:	Por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeras practicantes y asistentes médicos), usted paga el 20% del costo total. Para beneficios adicionales de telesalud, usted paga del 0% al 20% del costo total para servicios de urgencia necesarios, 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, sesiones individuales para servicios psiquiátricos, sesiones individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental, sesiones grupales para servicios psiquiátricos, sesiones grupales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, fisioterapia y servicios para patología de habla y el lenguaje, servicios del programa de tratamiento con opioides, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, servicios del centro quirúrgico ambulatorio (ASC), servicios educativos sobre enfermedades renales, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)* ○ 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. ● Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ Usted no es un paciente nuevo. ○ El registro no está relacionado con una visita en el consultorio de los últimos 7 días. ○ El registro no deriva en una visita en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronta disponible. ● Evaluación de video o imágenes que envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ 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 en la cita más pronta disponible. ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro médico electrónico. ● 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 neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de podiatría* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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. Además de los beneficios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente, este plan también cubre: • Atención de podología de rutina: 6 consultas por año	20% del costo total de cada visita de servicios de podiatría cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cada consulta de atención de podiatría de rutina. Puede requerir autorización previa.*
 Profilaxis de preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determinan que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Profilaxis de preexposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de más de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. \$0 de copago por un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptaciones o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con prótesis o dispositivos ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta tabla).	20% del costo de los dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare. 20% del costo total de los suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. Puede requerir autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un pedido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	20% del costo total de cada visita de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar* (continuación)	Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede requerir autorización previa*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tecnologías de acceso remoto El beneficio incluye: Los miembros tienen acceso a una línea directa de enfermería que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0 de copago para las consultas que utilizan el beneficio de la línea directa de enfermería.
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: - Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. - Nació entre 1945 y 1965.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C (continuación) Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos por una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 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 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 proporcionado por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección de LDCT inicial:</i> el miembro debe obtener una orden 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.	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.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas 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. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.
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 6 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.	\$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% del costo de los servicios de diálisis cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) 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 la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada se llaman a veces SNF). Tiene cobertura de 100 días por período de beneficios para estadías en SNF cubiertas por 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 de nuestro 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 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.	No se requiere hospitalización antes del ingreso. Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 por los primeros 20 días de cada período de beneficios. Copago de \$209.50 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios. Usted paga todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficios. Estos son los montos de costos compartidos de 2025 y pueden cambiar para 2026.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) • 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. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, usted recibe atención en un SNF en los centros de la red. En determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red de servicios por un centro que no sea proveedor de la red de servicios si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • 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.	Un “período de beneficios” comienza el día en que usted 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. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como se publiquen.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación) • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente que recibe hasta 8 sesiones por año).	
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Consulte el beneficio “Medicamentos de venta libre, comestibles y Flex” para obtener más información. Los beneficios para comestibles y utilidades del hogar son parte de un beneficio complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican. Dentro de las enfermedades crónicas se incluyen demencia, insuficiencia cardíaca, trastornos pulmonares, accidente cerebrovascular, diabetes y otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose solamente en su afección. Todos los requerimientos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que el beneficio se proporcione. Para más detalles, contáctenos.	Copago de \$0
Terapia de ejercicios supervisados (SET)* 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. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:	20% del costo total de cada consulta de SET cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.*

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicios supervisados (SET)* (continuación) • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración; comprender un programa de ejercicios o entrenamiento para PAD en pacientes con claudicación. • 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. 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.	20% del costo total de cada consulta de SET cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Se requiere autorización previa.*
Servicios de transporte (de rutina)* El beneficio incluye: • 7 viajes de ida y vuelta cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan utilizando taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico	Copago de \$0 por servicios de transporte de rutina. La cobertura del beneficio máximo del plan es de \$100 por viaje de ida y vuelta. Se requiere autorización previa.*
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan y no es razonable dados su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le corresponde pagar el costo compartido dentro de la red.	20% del costo total, hasta un máximo de \$40 por cada visita cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia (continuación) Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no está disponible temporalmente. La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte Servicios de atención de urgencia y emergencia internacional para obtener más detalles.	20% del costo total, hasta un máximo de \$40 por cada visita cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y 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. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos mayores de 50 años y los estadounidenses de origen hispano mayores de 65 años. • 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 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente: • Examen de la vista de rutina: 1 examen de rutina por año • Otros exámenes de la vista: 1 examen adicional cada 2 años.	Atención de la vista cubierta por Medicare \$0 de copago por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. \$0 de copago por una prueba anual de detección de glaucoma. Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas. \$0 de copago por cada consulta de examen de la vista de rutina. \$0 de copago para otras consultas de examen de la vista.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
 Atención de la vista (continuación) • Anteojos (lentes y marcos): 1 par cada 12 meses • Lentes con cristales: 1 par cada año • Monturas para anteojos: 1 par cada año • Lentes de contacto: 1 par cada año	Monto máximo de cobertura del plan de \$300 por año para todos los anteojos no cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para anteojos de rutina. \$0 de copago para lentes de rutina. \$0 de copago para marcos de anteojos de rutina. O BIEN \$0 de copago para lentes de contacto de rutina.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. 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. Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solamente durante los primeros 12 meses que tiene Medicare Parte B. Cuando haga su cita, díglele a la oficina de su médico que desea hacer una cita para su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.
Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo El beneficio incluye: • Atención de emergencia • Atención de urgencia	\$50,000 de monto máximo de cobertura de beneficios del plan por año para el beneficio mundial.

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

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo (continuación)	20% del costo total de cada visita de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. 20% del costo total de cada visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Su costo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de VNS Health EasyCare Plus**Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por VNS Health EasyCare Plus**

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

Servicios de Medicaid no cubiertos por VNS Health EasyCare Plus

***Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por VNS Health EasyCare Plus, 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 New York.**

Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes: Copago de \$0

- Tratamiento diurno
- 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de Medicaid no cubiertos por VNS Health EasyCare Plus**

***Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por VNS Health EasyCare Plus, 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 New York.**

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 Servicios que nuestro plan no cubre

En esta sección se indican los servicios que están excluidos.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos 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).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cirugía o procedimientos estéticos.	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 mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cuidado asistencial. 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.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada. *Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios de empleo doméstico que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios de un naturoterapeuta (emplea tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Se cubren los zapatos que forman parte de una pierna ortopédica 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; por ejemplo, un teléfono o un televisor.	Sin cobertura en ninguna circunstancia

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura solo en circunstancias específicas
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 ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina.	Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare.	Sin cobertura en ninguna circunstancia

CAPÍTULO 5:

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

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de los medicamentos de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros cumplen con los requisitos para la Ayuda adicional de Medicare (y la están recibiendo) para cubrir los costos de los medicamentos recetados del plan. Si 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.** Le enviamos 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 con el fin de pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid. Los miembros deben consultar la lista de medicamentos reembolsables del estado de New York en emedny.org. No tenemos medicamentos cubiertos por Medicaid en el formulario de VNS Health EasyCare Plus, pero los miembros pueden obtener medicamentos cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de identificación de Medicaid en la farmacia.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que sea 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.

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

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado (consulte la Sección 2) o puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red de servicios, consulte la Sección 2.4).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red de servicios**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web (vnshealthplans.org/providers) o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red de servicios

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de su equipo de atención llamando al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org/providers para obtener más información.

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

Farmacias especializadas

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 tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.
- 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 proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de servicios de nuestro 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 del servicio de pedido por correo de nuestro plan están en nuestra Lista de medicamentos como NM.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro de hasta 100 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.

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

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.

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 proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para informarles si deben 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.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red de servicios le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no está en la red de servicios de nuestro plan

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. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con el equipo de atención llamando al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca.

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

Solo cubrimos los medicamentos recetados que se obtienen en una farmacia fuera de la red de servicios en las siguientes circunstancias:

- 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 de servicios 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 su 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.

VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. 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 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan). 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.

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

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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos**.

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

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid. No tenemos medicamentos cubiertos por Medicaid en el formulario de VNS Health EasyCare Plus, pero los

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

miembros pueden obtener medicamentos cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de identificación de Medicaid en la farmacia.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro 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 que *cumpla con uno de los siguientes requisitos*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que ha sido recetado.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada de propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, podría referirse a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro 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, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

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

- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

No tenemos medicamentos cubiertos por Medicaid en el formulario de VNS Health EasyCare Plus, pero los miembros pueden obtener medicamentos cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de identificación de Medicaid en la farmacia.

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

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 4: medicamentos especializados
- Nivel 5: medicamentos selectos

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

En el Capítulo 6, se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, puede realizar lo siguiente:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. También cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura, visite nuestra página web o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] para averiguar si lo cubrimos).
- Visite la página web de nuestro plan (vnshealthplans.org/formulary). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.

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

- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.medimpact.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que usted pagará, y ver si, en la Lista de medicamentos, hay medicamentos alternativos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro 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 de nuestro 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 2 por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben realizar pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, debe usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo con eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que acordemos pagar el medicamento

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

para usted. 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Para obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestra página web en www.vnshealth.com/ecp-pa.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **terapia escalonada**. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestra página web en www.vnshealth.com/ecp-st.

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 medicamento recetado a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma o que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene 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.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.

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

- 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, nuestro 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.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, le permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento recetado. 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).
- **Para miembros que hayan participado en el plan durante más de 90 días, residan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato.**
Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia de un medicamento particular, o menos si su medicamento recetado está indicado para menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se indicó antes.
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y tienen un cambio en el nivel de atención (p. ej., la transición de un SNF a un centro de atención a largo plazo; volver a casa del hospital) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de medicamentos para 31 días.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 2 opciones:

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

Opción 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. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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.

Opción 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, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en nuestra Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber 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 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de 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, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre modificaciones en la cobertura para medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestra página web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de

medicamentos en línea con regularidad. A veces recibirá un aviso directo si se hicieron cambios para un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar de inmediato o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno menor y las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios de inmediato solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones de biosimilar nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y le informaremos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que quitamos o sobre el que hacemos cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo movamos a un nivel de costo compartido diferente, agreguemos nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno menor y las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregaremos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones de biosimilar nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Retirar 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, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.

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

- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Una vez iniciado el año, podríamos realizar otras modificaciones que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a emitir recetas sobre las opciones que funcionen mejor para usted, que pueden incluir cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

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

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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 medicamentos que toma que le afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y se encuentra que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted.

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

- La cobertura de 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.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por la cobertura para medicamentos de Medicaid. Visite www.emedny.org/info/formfile.aspx para obtener la Lista de medicamentos reembolsables de farmacias de Medicaid.

- 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 exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se le compren exclusivamente al fabricante.

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

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de 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 de medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener medicamentos recetados

Para obtener su medicamento recetado, proporcione la información de miembro del plan (que se 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 a nuestro plan la parte que *nos corresponde* de los costos de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su parte* del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento, 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.

VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

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 atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descrita en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de 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.

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en vnshealthplans.org/providers para averiguar si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red de servicios. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra 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 afecciones 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 antes de surtir su medicamento recetado.

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 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 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre el consumo de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban 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 toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.

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

- 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 toma.
- Cantidades no seguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar 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 proveedores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus proveedores para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar junto con sus proveedores, 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 determinado(s) proveedor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, o si deberá obtenerlos con receta solo de un dispensador o una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de informarnos qué dispensadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante para nosotros. 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.

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

No estará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo atención de hospicio, paliativa o en un centro de atención en la etapa final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 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 tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP para que les ayuden a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través 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. Mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) por si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, nos avisa y retiramos su inscripción. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

En este capítulo, usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, se explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.medimpact.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos que paga de su bolsillo. También puede obtener la información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de los medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros cumplen con los requisitos para la Ayuda adicional de Medicare (y la están recibiendo) para cubrir los costos de los medicamentos recetados del plan. Si recibe Ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos 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 con el fin de pagar los medicamentos recetados), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por ingresos bajos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

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

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como un miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por la Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, el Servicio de Salud para la Población Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de \$2,100 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- La prima mensual de su plan.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red de servicios que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red de servicios.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Veterans Health Administration (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos para fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, debe informarle a nuestro plan llamando a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales que paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,100, la EOB de la Parte D le informará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para obtener información sobre lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para miembros de VNS Health EasyCare Plus

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo VNS Health EasyCare Plus. La cantidad que pague por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de los medicamentos:**
- **Etapas de pago de los medicamentos:**
- **Etapas de pago de los medicamentos:**

SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios de la Parte D informa en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro del costo de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted realiza cuando obtiene medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos avisarle cuando pase de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente. Hacemos seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** esto es lo que pagó usted. Incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, el Servicio de Salud para la Población Indígena, Programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas, y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo total de medicamentos:** es el total de los pagos realizados para sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes.** Este informe brinda detalles de pago sobre los medicamentos recetados que obtuvo durante el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que pagó el plan, lo que pagó usted y los que otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** 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.** Se muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios de precio desde que se obtiene el primer

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

medicamento para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.

- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Brinda información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 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 ayuda a garantizar que conozcamos los medicamentos recetados que usted obtiene y lo que paga.
- VNS Health EasyCare Plus no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. **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.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o 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 realicen 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, para los costos de 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 para la Población India Estadounidense y las organizaciones

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

benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o tiene preguntas, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

Dado que la mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajar. Pagará un deducible anual de \$615 para los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 4. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 4** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Pagará un deducible anual de \$615 en medicamentos de los Niveles 1 al 4. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 1 al 4** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los honorarios de suministro de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague \$615 por sus medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 4 Niveles 1 al 4, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos recetados.

Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran 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:

- Nivel 1: medicamentos genéricos (nivel de costo compartido más bajo)
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos especializados
 - Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos selectos
 - Usted paga \$0 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan y consulte su cláusula adicional de LIS para conocer cualquier copago aplicable.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red de servicios.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red de servicios solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red de servicios.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en vnshealthplans.org/providers.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D**Sección 5.2 Sus costos por un suministro *para un mes* de un medicamento cubierto**

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es inferior al que paga su copago. En estos casos, usted paga el precio inferior por el medicamento en lugar del copago.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red de servicios) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red de servicios (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0, \$1.60 o \$5.10	Copago de \$0, \$1.60 o \$5.10	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$0, \$4.90 o \$12.65	Copago de \$0, \$4.90 o \$12.65	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$0, \$4.90 o \$12.65	Copago de \$0, \$4.90 o \$12.65	25% del costo total	25% del costo total

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red de servicios) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red de servicios (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 4 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	Copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 para medicamentos genéricos en este nivel, y copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 para medicamentos de marca en este nivel	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos de este nivel.	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos selectos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

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

Consulte la Sección 7 para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de repetición del surtido.

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

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

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

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red de servicios) (Suministro para 100 días)	Costo compartido para pedido por correo (Suministro para 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25% del costo total	
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)		
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)		

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red de servicios) (Suministro para 100 días)	Costo compartido para pedido por correo (Suministro para 100 días)
Nivel 4 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos del Nivel 4.	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos del Nivel 4.
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos selectos)	Copago de \$0	Copago de \$0

No pagará más de \$70 por un suministro para hasta dos meses ni más de \$105 para hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5. 5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los \$2,100

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

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto usted, nuestro plan y cualquier tercero ha gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos que paga de su bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.3.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se queda en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de cobertura y costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consiste en 2 partes:

- La primera parte cubre el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte cubre el costo de **la administración de la vacuna**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de 3 aspectos:

- 1. Si una organización llamada el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de los medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración de la vacuna por parte del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo paga su parte del costo según el beneficio de la Parte D. Usted no paga nada para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

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

A continuación, se incluyen 3 ejemplos de maneras en que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Usted no paga nada para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarla.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la administre.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrarán.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de costo compartido por servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red de servicios le facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si corresponde la cobertura de los servicios y medicamentos. Si decidimos que corresponde la cobertura, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó un artículo o servicio de Medicare que cubría el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (lo que suele denominarse **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están 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 medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que corresponde la cobertura, 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 haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

1. Si recibe 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 sea parte de nuestra red de servicios o no. En estos casos, pida al proveedor que le facture al plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. 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, se lo pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos correspondía.

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

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

- Solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red de servicios cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red de servicios, pero considera que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba según nuestro plan.

3. Si tiene una inscripción retroactiva en nuestro plan

A 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).

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

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 paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para gestionar el reembolso.

4. Si utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red de servicios, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. En estos casos, debe pagar el costo total de sus medicamentos recetados.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red de servicios en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Si paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva con usted la tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, 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 de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado del medicamento recetado.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque se entera 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 tener algún requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que deba 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 nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado del medicamento recetado.

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

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

“**decisión de cobertura**”. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 se informa cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura recibida

Puede pedirnos un reembolso mediante 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. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días o un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

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

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

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si la aceptamos o no

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 sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtiene un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

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

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

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Section 1.1 Debemos brindarle información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. We can also give you materials in languages other than English including Spanish and Chinese, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que funcione para usted, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY users call 711).

Nuestro plan debe garantizar que las mujeres inscritas tengan la opción de acceder de manera directa a especialistas en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de la red de nuestro plan no están disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan buscar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante su Equipo de atención al

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana (de octubre a marzo) y de 8:00 am a 8:00 pm, entre semana (de abril a septiembre). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 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.).

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluidos español y chino, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe garantizar que las mujeres inscritas tengan la opción de acceder de manera directa a especialistas en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de la red de nuestro plan no están disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan buscar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), 8 am – 8 pm, los 7 días de la semana (octubre – marzo) y 8 am – 8 pm, días laborables (abril – septiembre). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**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）**

我們的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務皆以文化上恰當的方式提供，並可供所有註冊者獲取，包括有限英語水準、有限閱讀技能、無聽力能力、有多元文化和種族背景的人士。計劃如何滿足這些可及性要求的示例包括但不限於，提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。我們也可以除英語外的其他語言（包括西班牙語和中文）、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材料。我們必須以方便您查閱且適合您的格式為您提供計劃福利的相關資訊。如需以適合您的方式獲取資訊，請致電您的護理團隊，電話：1-866-783-1444（TTY 使用者請撥打 711）。

我們的計劃必須為女性註冊者提供直接使用網絡內的女性健康專科醫生獲得女性常規和預防性健康護理服務的選擇。

如果我們計劃網絡內的專科醫療服務提供者不可用，則計劃有責任尋找網絡外的專科提供者，為您提供必要的護理。在這種情況下，您僅需支付網絡內分攤費用。若您發現我們的計劃網絡內沒有能為您提供所需服務的專科醫生，請致電計劃，瞭解在何處可以僅支付網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱且適合您的計劃資訊格式、看女性健康專科醫生或尋找網絡專科醫生，請撥打 1-866-783-1444（TTY 使用者請撥打 711）向您的護理團隊提出申訴，服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月至 3 月）；工作日，早上 8 點至晚上 8 點（4 月至 9 月）。您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向紅藍卡 (Medicare) 提交投訴，或者直接向民權辦公室提出投訴，電話：1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)。

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que le 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.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 su 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 que se indican 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 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, debemos 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.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que se conservan en nuestro plan y obtener una copia de ellos. 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 se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se compartió su información de salud con otros para fines que no sean de rutina.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a nuestro equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información 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 de medicamentos 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 solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada una apelación.

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

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 condición, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, 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 no puede 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 instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado o trabajador 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.
- **Completar el formulario y firmarlo.** No importa de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedirle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 firmó una directiva anticipada, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Llenar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante:

New York Medicaid
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237
1-800-541-2831

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

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 o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si cree que no se lo está tratando con imparcialidad o que no se respetan sus derechos

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al 1-800-701-0501 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Puede llamar al **Programa New York State Medicaid** al 1-800-541-2831 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- O bien, puede llamar a la **Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)** al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame al SHIP local** al 1-800-701-0501. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#)).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **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 los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan información detallada sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan información detallada sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o medicamentos, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, se explica la coordinación de estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Dícales a su médico y otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos 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.
 - 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 alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 pagar las primas de nuestro plan.
 - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo compartido al recibir el servicio o el medicamento.
- **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, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 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 de dos aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre si usar el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, este capítulo utiliza palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para que pueda saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos información detallada para manejar situaciones específicas.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre la forma en la que lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Si necesita ayuda, siempre debe llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). En algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Las siguientes son dos organizaciones que pueden ayudarle:

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 preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Llame al 1-800-701-0501 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Llame al Programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para su problema

Debido a que usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, cuenta con diferentes procesos que puede usar para tratar un problema o una queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para tomar una decisión sobre si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

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

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Vaya a la **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

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

Vaya a la **Sección 12, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos 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 5, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Vaya a la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, su equipo de atención u otras inquietudes**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la

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

Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, por lo general cuando hablamos de artículos médicos, servicios médicos y medicamentos de la Parte B de Medicare, nos referimos a la **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. 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 el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que usted o el médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista, o la *Evidencia de cobertura* aclare que el servicio al cual fue derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos negamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica 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 decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta 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 recibir 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 tomamos. En determinadas circunstancias, 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 tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica 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 explicarán 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; una organización de revisión independiente que no esté conectada con nosotros se encargará de revisar dicha apelación.

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

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

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

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- **Comuníquese con nosotros llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo debe designar como su representante. Llame a su equipo de atención y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de

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

Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** 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 a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. 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.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes del plazo establecido para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a pedir que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar 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. 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 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. A continuación, presentamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería)

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

especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del SHIP.

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

Sección 6.1 Lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4, en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a las solicitudes de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos 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 alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, 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 dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, 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 con anterioridad se reducirá o interrumpirá, y usted cree que si esta se reduce o interrumpe, esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), vaya a las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina **determinación 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.

Por lo general, las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos 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. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si la vía de plazos estándar podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad de recuperar la función.

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 una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándar.
- Que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- 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 autorizemos 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.

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

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 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido 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 nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
- 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. Vaya a la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, le responderemos 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 adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- 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

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

médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** 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 calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se presenta, generalmente, en un plazo de 72 horas.

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** 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 65 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 para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

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

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que 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.
 - Si usted solicita más tiempo o necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos tiempo adicional.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el plazo extendido, en caso de que nos 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 brindarle la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos 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 para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. Si solicita un

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

medicamento de la Parte B, no podemos tomarnos 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. (Vaya a la Sección 11 para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o antes de que termine el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. 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 si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Independent Review Entity**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectada 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: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- 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 del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y por enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para las apelaciones rápidas, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse 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 las apelaciones estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si solicita un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar la decisión.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o brindar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para

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

las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de esta) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se **denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Se explicará su decisión.
 - Se le informará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para la atención médica que solicita alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de atención médica

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que es superior a su copago por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenosla. **No pague la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si usted siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo, por lo general en el

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

plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por la atención médica y las razones de nuestro rechazo.

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 de la Sección 6.3. Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibida su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle o al proveedor el pago en el 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 en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 7.1 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. (Vaya al Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, vaya a 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.

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

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o usted cumple con 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 la que está escrita, le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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 decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedir que no aplique una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2**
- 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 tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

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

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

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

Si un medicamento no está cubierto de la forma en 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 u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en 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 u otra 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.

Generalmente, nuestra 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, por lo general nuestra aprobación es válida hasta el final del año de nuestro 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.

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

Sección 7.4 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 de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

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. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- 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 de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.
 - Que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - 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. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para 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

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

aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestra página web vnshealthplans.org/total-rx-forms. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada está siendo apelada.

Usted, o su médico, (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** en la que 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**, debemos brindarle la cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **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.

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

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - 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.

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

- 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**, debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que la respalda.
- **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.

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 recibida su apelación.
 - 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 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.

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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se llama una **redeterminación acelerada**.

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

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

Una apelación estándar se presenta, generalmente, en un plazo de 7 días calendario. 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 que tomamos acerca de un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otra 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, los cuales figuran en la Sección 7.4 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 las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-888-672-7205).** 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 redeterminación modelo de CMS*, que está disponible en nuestra página web vnshealthplans.org/total-rx-forms. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 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 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. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

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

- 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 acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir 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 para un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos una 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 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 recibida su apelación.
 - 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.

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

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 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.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso 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 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 conectada 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por las copias y por enviarle esta información.

Capítulo 9 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 sobre 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 independiente 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 estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que todavía no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **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 de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

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

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

Si la organización de revisión independiente rechaza 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**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Se explicará su decisión.
- Se le informará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Se le indicará 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 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 explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted considera que 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, 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.

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

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, en el que se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días calendario 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 al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le indica lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el 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 forma legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que cubramos su atención hospitalaria durante un tiempo más prolongado.

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 este aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En el aviso no se le proporciona la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener 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 calendario antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para recibir una copia de este aviso por adelantado, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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

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

Para solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un tiempo más prolongado, utilice el proceso de apelaciones. 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, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y 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 Quality Improvement Organization 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 (*An Important Message from Medicare about Your Rights* [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 Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Quality Improvement Organization *antes* de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Quality Improvement Organization.

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

- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Quality Improvement Organization 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 le da la fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Quality Improvement Organization realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Quality Improvement Organization (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 prefiere.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dará la fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Quality Improvement Organization le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la acepta?

- Si la organización de revisión independiente la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- 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.

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

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente 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 Quality Improvement Organization le brinde su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Quality Improvement Organization que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Quality Improvement Organization *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 la atención.

Paso 2: La Quality Improvement Organization realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: Los revisores decidirán sobre su apelación en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente 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 Quality Improvement Organization. **Debemos seguir brindándole cobertura para la atención hospitalaria 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.

Si la organización de revisión independiente 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 lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, debe decidir si quiere continuar con la apelación presentando una apelación de Nivel 3.

- Hay 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. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo servicios cubiertos de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre y cuando la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de 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 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de pedir un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de brindar la atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, le informamos lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, 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, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Quality Improvement Organization revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La

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

Quality Improvement Organization es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y 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.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Quality Improvement Organization para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** del *Aviso de la no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Quality Improvement Organization usando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization (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 prefiere.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporciona.

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

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y usted recibirá una *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra en la que se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar 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, **debemos seguir brindándole el servicio cubierto mientras siga siendo médicamente necesario.**
- 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*, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Quality Improvement Organization que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Quality Improvement Organization rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

Paso 1: Comuníquese con la Quality Improvement Organization de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Quality Improvement Organization *rechazó* su apelación de Nivel 1. Podría pedir esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Quality Improvement Organization realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Quality Improvement Organization harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán sobre su apelación en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** 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. **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.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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 lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará información detallada sobre cómo 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 (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. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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 que los primeros dos niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo o un abogado mediador** que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o puede no concluir*.**
 - Si usted decide aceptar la 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.

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

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **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 una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - 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 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, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló 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 por escrito 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.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros dos niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura de 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 decisión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, 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, 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** (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 de medicamentos** que aprobó el Consejo **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 decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, 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, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

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

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de 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 de distrito.

Presentación de quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, su equipo de atención 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. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y su equipo de atención. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con su equipo de atención? • ¿Siente que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿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 al equipo de atención u otro personal de nuestro plan? ○ 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	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si nos pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos pidió una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> 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. • 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 se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina un **reclamo acelerado**.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar al equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, su equipo de atención se lo indicará.

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

- **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.
- VNS Health EasyCare Plus investiga todas las quejas para comprender y corregir los problemas que usted identifica.
 - Debemos informarle de nuestra decisión sobre su queja con la rapidez que requiera su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días desde la recepción de su queja.
 - Podemos ampliar el plazo hasta 14 días si usted solicita una ampliación o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. En caso de que debamos ampliar el plazo, se lo notificaremos por escrito.
 - Si rechazamos la totalidad o parte de su reclamo, en nuestra decisión por escrito se le explicarán los motivos del rechazo y se le informarán todas las opciones que tiene para impugnar resoluciones.

Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su equipo de atención de inmediato.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos 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 en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le concedió 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 parte de la queja, o no nos hacemos responsables por el problema sobre el que está reclamando, detallaremos nuestras razones en la respuesta que le enviemos.

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

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Quality Improvement Organization

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VNS Health EasyCare Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con los beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Si bien es posible que no cubramos sus beneficios y servicios de Medicaid a través de VNS Health EasyCare Plus, lo ayudaremos a conectarse con la organización adecuada cuando sea necesario.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en VNS Health EasyCare Plus puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no es usted quien lo decide):

- Podría dejar nuestro plan porque decide 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 se nos exige que cancelemos su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, el plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y seguirá pagando su costo compartido hasta que se cancele su membresía.

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

Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

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 al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- 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 y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante un período continuo de 63 días 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.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-541-2831 (los usuarios de TTY deben ingresar a www.health.ny.gov/health_care/medicaid) para conocer las opciones del plan de Medicaid.
- Otras opciones del plan de salud de Medicare se encuentran disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Por lo general, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Todos los años, puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** va 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 de medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos de Medicare.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos recetados: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente 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 de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días seguidos 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.

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

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Cada año, puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de adquirido el derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage, o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede 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**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, si se muda.
- Si tiene el Programa New York State Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si violamos 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).

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. 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 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

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

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días seguidos 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 recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos de la cobertura de medicamentos: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de su solicitud para cambiarse de 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 Obtenga 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 al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Busque la información en el manual **Medicare & You 2026 (Medicare y usted 2026)**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en VNS Health EasyCare Plus se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan independiente de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en VNS Health EasyCare Plus se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos de Medicare	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en VNS Health EasyCare Plus se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días seguidos 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 los beneficios del Programa New York State Medicaid, llame al programa al 1-800-541-2831 (TTY: 711), de lunes a viernes, 8 am – 8 pm; sábados, 9 am – 1 pm. Pregunte cómo afectará inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare la forma en que recibe su cobertura del Programa Medicaid del estado de New 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 EasyCare Plus y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o de pedidos por correo para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la 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 EasyCare Plus debe cancelar su membresía en nuestro plan en determinadas situaciones

VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su membresía en nuestro 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, deberá cancelar su membresía en VNS Health EasyCare Plus.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).

Capítulo 10 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- Si ya no es ciudadano ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos.
- 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 este motivo, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- 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 de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

VNS Health EasyCare Plus no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a 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, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o 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 Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el equipo de atención puede ayudarle.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles. **VNS Health EasyCare Plus** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por

Capítulo 11 Avisos legales

motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (según se define en 45 CFR § 92.101[a][2]).

VNS Health EasyCare Plus ofrece 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, llame a **VNS Health EasyCare Plus** al 1-866-783-1444. Para obtener los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si cree que **VNS Health EasyCare Plus** no le ha prestado estos servicios o que lo ha tratado de manera distinta por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Estelle Masiello, directora de Asuntos Regulatorios y funcionaria auxiliar de Privacidad, de las siguientes maneras:

- Correo: VNS Health
Health Plan Compliance
220 East 42nd Street, New York, NY 10017
- Teléfono: 1-888-634-1558 (para servicios de TTY/TDD, llame al 711)
- Fax: 1-646-459-7729
- En persona: 220 East 42nd Street, New York, NY 10017
Llame al número que figura arriba para programar una cita.
- Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@vnshealth.org

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:

- En línea: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Este aviso está disponible en la página web de VNS Health EasyCare Plus: vnshealthplans.org.

Capítulo 11 Avisos legales**ASISTENCIA LINGÜÍSTICA**

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-783-1444 (TTY: 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-783-1444 (TTY : 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyonang tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-783-1444 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Albanian

Capítulo 11 Avisos legales

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711)۔	Urdu

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 EasyCare Plus, 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.
- Atención médica de mala calidad.
- Fraude, desecho o abuso.
- Cualquier actividad o negocio que se pudiera considerar no ético o ilegal.

Capítulo 11 Avisos legales**Las sospechas de incumplimiento se pueden denunciar de varias maneras:**

	VNS Health	VNS Health Planes de salud
Comuníquese con nuestras líneas directas de Cumplimiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana:	888-634-1558 (teléfono) 646-459-7729 (fax) <u>vnshealth.ethicspoint.com</u>	888-634-1558 (teléfono) 646-459-7730 (fax) <u>vnshealth.ethicspoint.com</u>
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 <u>VNSHealthCompliance@vnshealth.org</u>
Además, puede comunicarse directamente con la dirección de Cumplimiento de VNS Health:	Directora interina de Cumplimiento y Privacidad de VNS Health Leah Griggs-Pauly <u>Leah.GriggsPauly@vnshealth.org</u>	

CAPÍTULO 12: Definiciones

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.

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 recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, 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 nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la manera en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro 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 haya recibido servicios de atención para pacientes hospitalizados 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.

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 de manera exacta, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesitar una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12 Definiciones

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.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en concepto de medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) de su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y su equipo de atención. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos en el proceso de apelaciones.

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.

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.

Capítulo 12 Definiciones

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan de nuestro plan). 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 medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o bien, (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico.

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.

Determinación de cobertura: decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro 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 el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Servicios cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados 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.

Cuidado asistencial: la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio 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.

Capítulo 12 Definiciones

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 nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan los pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: un cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo de preparar y envolver el medicamento recetado.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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

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.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

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.

Capítulo 12 Definiciones

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional 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 obtener 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 requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted nos pide que no apliquemos los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de 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.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA porque 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.

Reclamo: 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 implica disputas de cobertura o pago.

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 (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados).

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. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Capítulo 12 Definiciones

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima 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.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que el total de sus costos que paga de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial: el tiempo 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 que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción de personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalente (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en el centro (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP): restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

D-SNP integrado: un plan D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid en virtud de un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Programa de descuentos de fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del nuestro plan para los medicamentos de

Capítulo 12 Definiciones

marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. **(Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

Medicaid (o asistencia médica): 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.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Estadounidenses y el sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente 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.

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).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período que va del 1 de enero hasta el 31 de marzo, cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u 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. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

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 Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) 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 de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios 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.

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 nuestro 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).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen con ciertos requisitos o que están en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, los servicios del MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): 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).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del 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.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar 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**.

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

Determinación 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.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y funciona como referencia para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio):

Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, 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.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad de nuestro plan ni este los opera.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido 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.

Capítulo 12 Definiciones

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

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) que combina servicios y apoyo médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) por el tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

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.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se suma a la prima mensual de su plan por la cobertura de 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 estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para unirse a 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 de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si se obtienen de proveedores dentro o fuera de la red. 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).

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.

Capítulo 12 Definiciones

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. 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 y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

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.

Quality Improvement Organization (QIO): 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.

Límites de cantidad: herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos 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.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información sobre los beneficios y del formulario completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para los inscritos. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento seleccionado: medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: área geográfica donde debe vivir para unirse a 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). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada brindados todos los días en un centro 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.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

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.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (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 lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red dado su tiempo, lugar y circunstancias. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los controles anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Su equipo de atención: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Su equipo de atención de VNS Health EasyCare Plus

Método	Su equipo de atención: información de contacto
Teléfono	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. – set.) Su equipo de atención al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. – set.)
Correo postal	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
Página web	vnshealthplans.org

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP) 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.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-701-0501
TTY	711
Correo postal	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
Página web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente 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.

VNS Health EasyCare Plus

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, de 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, 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, de 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.