VNS Health

VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP)

Un programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage

2027

MANUAL PARA LOS MIEMBROS: SU EVIDENCIA DE COBERTURA

Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

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

Este documento proporciona detalles de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo 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 su plan
- Sus 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, comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). El horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.). Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). 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”, 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.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la 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_2027_EasyCarePlus_EOC_C Accepted 09242026

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 Qué esperar cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez 8
SECCIÓN 4 Material importante para miembros 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 11
SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan 17
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 18
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health EasyCare Plus 21
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 28
SECCIÓN 6 Medicaid 29
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 30
SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 34

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos 35

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Acuda a los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 44
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 46
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 47

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 50

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 50

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 53

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de VNS Health EasyCare Plus 107

SECCIÓN 4 Servicios que nuestro plan no cubre 108

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 110

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 110

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan 111

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 115

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 118

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera 120

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 123

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 125

SECCIÓN 8 Cómo obtener medicamentos recetados 127

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 127

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos 128

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 131

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para miembros de VNS Health EasyCare Plus 134

SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios de la Parte D* informa en qué etapa de pago se encuentra 134

SECCIÓN 4 La etapa del deducible 136

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 136

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 141

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 141

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 144

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos 144

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 147

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 148

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 149

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 149

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 156

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 158

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 158

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 159

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 159

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 160

SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones y apelaciones de cobertura 161

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 164

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 173

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 185

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 190

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 194

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, su Equipo de atención u otras inquietudes 198

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 201

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan 202

SECCIÓN 1 Finalización de la membresía en nuestro plan 202

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 202

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 206
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios o artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan 207
SECCIÓN 5 VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 207

CAPÍTULO 11: Avisos legales 210

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 210
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....210
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 212
SECCIÓN 4 Compromiso con el cumplimiento.....212

CAPÍTULO 12: Definiciones 214

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

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.

Ha elegido recibir la cobertura de medicamentos y atención médica de Medicare y Medicaid 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 le 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 es administrado 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 escrito con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura de medicamentos y la atención a largo plazo, y los servicios basados en el hogar y la comunidad.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es 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 afecciones adicionales 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 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los 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 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y 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 renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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.
- Viva 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.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal, o no tenga ciudadanía pero sea elegible.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Nota: Si pierde su elegibilidad para el programa New York State Medicaid, 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 este período.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos y de atención 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 sus 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 [Qualified Medicare Beneficiary] 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 del 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, Dutchess, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Niagara, Onondaga, Orange, Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Rockland, Saratoga, Schenectady, Suffolk, Sullivan y Westchester en el estado de Nueva 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. Comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para ver si contamos con algún plan

en el área nueva. 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 de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o nacional, o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible, para ser miembro de un plan de salud de Medicare. 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. VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe en nuestro plan por primera vez

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, obtiene una Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. Esta incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. La HRA se puede completar durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo. Le enviaremos más información sobre la HRA. Luego, nos comunicaremos con usted una vez al año para obtener actualizaciones y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, especialistas que usted consulte u otros profesionales de la salud que elija.

Usted trabaja con un equipo de atención para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

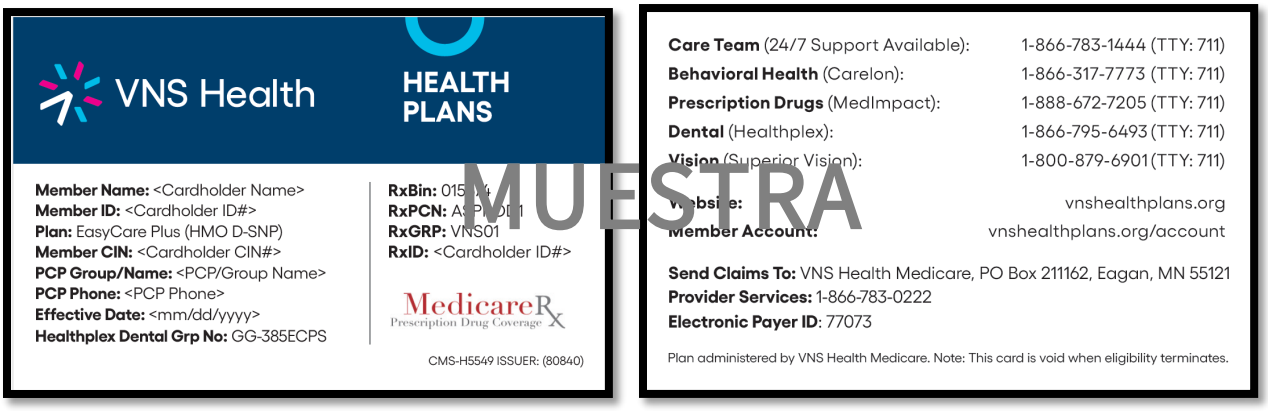
- Sus objetivos de atención médica que tienen en cuenta sus prioridades
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita

Su equipo de atención se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede considerar recibir. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año, o según sea necesario, si hay algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Material importante para miembros

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de miembro del 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. 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 nuestra tarjeta de miembro del plan está dañada, se pierde o se la roban, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

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

Debe usar los proveedores de la red de servicios para obtener atención y servicios médicos. Si se va fuera sin autorización adecuada, deberá pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son casos de emergencia, servicios de urgencia si la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que VNS Health EasyCare Plus autoriza a acudir a proveedores fuera de la red.

Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas 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 solicitar una copia (electrónica o en papel) a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). También puede encontrar esta información en nuestra página web en vnshealthplans.org. *Los directorios de proveedores y farmacias* solicitados en papel se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 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 incluidos en 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 cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados o 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 restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visit vnshealthplans.org/formulary o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	$23.60
Deducible	$283 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 máximo 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).	$9,850 Si usted es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, es muy probable que no tenga 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, es muy probable que usted pague $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, es muy probable que usted pague $0 por visita.

	Sus costos en 2027
Hospitalización del paciente Incluye varias hospitalizaciones para pacientes internados, como atención aguda, de rehabilitación y a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que lo admiten formalmente con la orden de un médico y finaliza el día antes de que le den de alta.	**Deducible de $1,736 por cada período de beneficios.** **Días 1 a 60: copago de $0 por cada período de beneficios.** **Días 61 a 90: copago de $434 por día de cada período de beneficios.** **Días 91 en adelante: copago de $868 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 2026 y pueden cambiar para 2027. 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, es muy probable que usted pague $0.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** **Copago durante la Etapa de cobertura inicial:** • **Nivel 1 de medicamentos: Genéricos Copago de $0, $1.65 o $5.80**

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	• Nivel 2 de medicamentos: De marca preferidos Copago de $0, $5.00 o $14.40 • Nivel 3 de medicamentos: De marca no preferidos Copago de $0, $5.00 o $14.40 • Nivel 4 de medicamentos: Nivel de especialidad Copago de $0, $1.65 o $5.80 para medicamentos genéricos en este nivel y copago de $0, $5.00 o $14.40 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 ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 5.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan para VNS Health EasyCare Plus es de $23.60. La totalidad o la mayor parte de la prima de su plan es pagada en su nombre por Ayuda adicional.

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

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

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta** ***Evidencia de cobertura*** **puede que no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados*, también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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 la sección titulada *Costos de Medicare para 2027* en su copia del manual *Medicare y usted 2027*. Descargue una copia de la página web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 5.2 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 están obligados a 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 sus primas de Medicare, 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 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted es doblemente elegible, la LEP no se aplica a usted 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 haya terminado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos recetados acreditable es la cobertura que

cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos 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. Por lo general, 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:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un exempleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Asuntos de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o un boletín informativo de ese plan. 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. Es así como 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 se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cubrir (porcentaje de la multa) por 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% multiplicado por $41.33, lo que es igual a $5.7862. Que se redondea en $5.80. 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 cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año,** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, 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 reanudará 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 reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es llevada a cabo por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **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, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite 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 Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el 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 está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted debe por un medicamento recetado, más el saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 le brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 6.1 Cómo pagar la prima del plan

Existen 2 formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Todos los meses recibirá un estado de cuenta de VNS Health EasyCare Plus que indicará la prima y la multa 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.

Efectúe el pago de las primas de su plan mediante cheque o giro postal a la siguiente dirección:

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

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

Opción 2: Hacer que se deduzca la 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 la 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 del plan se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, llame a su Equipo de atención.

Si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del día 1 de cada mes.

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

Sección 6.2 La prima mensual de su 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 prima nueva 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 su 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 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 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su médico 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 de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral 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 cualquiera de esta información cambia, infórmenos sobre esto llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

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

Comuníquese con su oficina de Medicaid para brindarles su dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico actualizados.

- Si vive en el estado de New York fuera de la ciudad de New York, llame a su oficina local de Medicaid.
- Si vive en uno de los cinco distritos de la ciudad de New York, llame a Medicaid al número que figura a continuación:

  1-888-692-6116 (TTY: 711) lunes – viernes, 8 am – 5:30 pm

Para encontrar su oficina, comuníquese con su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Busque en el directorio de LDSS en el sitio web del Departamento de Salud del estado de New York o llame a la línea de ayuda de Medicaid del estado de New York al 1-800-541-2831.

SECCIÓN 8 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 atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que confirme 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 tiene menos de 65 y es discapacitado, y usted (o su familiar) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65, y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si un empleador en un plan de empleadores múltiples 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 o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a su Equipo de atención de VNS Health EasyCare Plus. Con gusto le 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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.) Su Equipo de atención, disponible al 1-866-783-1444 (TTY: 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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.)
Dirección	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 el primer día de inscripción.

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 sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagamos por los 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	**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. – sep.) **Parte D:** 1-888-672-7205 (decisiones de cobertura y apelaciones) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números 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.)	
Dirección	**Médico:** Coverage decisions and Appeals: VNS Health Health Plans - Medical Management 220 East 42nd Street New York, NY 10017	**Parte D:** Coverage decisions and Appeals: MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Página web	vnshealthplans.org	

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no se relaciona 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. – sep.) 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. – sep.) Las llamadas a este número son gratuitas.
Fax	1-866-791-2213
Dirección	VNS Health Medicare Health Plans - Grievance & Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
Sitio web de medicare	Para presentar una queja sobre VNS Health EasyCare Plus directamente ante Medicare, vaya a 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. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagarnos 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. – sep.) Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
Dirección	**Médico:** VNS Health - MA 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.

Información de contacto de Medicare	
Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere 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 Medicare.gov/talk-to-someone
Dirección	Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Página web	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 de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas 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.

Información de contacto de Medicare	
Sitio web (continuación)	También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre VNS Health EasyCare Plus. **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en 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 de Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (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 en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus 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.

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP): Información de contacto	
Teléfono	1-800-701-0501.
TTY	711
Dirección	Oficina para las personas de la tercera edad del estado de Nueva York 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP): Información de contacto	
Página web	https://aging.ny.gov/ health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En el estado de New York, la Organización para la mejora de la calidad se llama Commence Health.

Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Commence Health:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida. 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.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura para su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación completa para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Commence Health (Organización para la mejora de la calidad del estado de New York): Información de contacto	
Teléfono	1-866-815-5440. lunes – viernes, 9 am – 5 pm sábados – domingos, 10 am – 4 pm
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.

Commence Health (Organización para la mejora de la calidad del estado de New York): Información de contacto	
Dirección	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Página web	www.commencehealthqio.cms.gov

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

Si se muda o cambia la dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar estas modificaciones.

Información de contacto del Seguro social	
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	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 [Qualified Medicare Beneficiary] 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 asistencia que recibe de Medicaid, a continuación encontrará información de contacto del Programa New York State Medicaid.

Programa New York State Medicaid: Información de contacto	
Teléfono	1-800-541-2831. Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes – viernes, 8 am – 8 pm, sábados 8 am – 8 pm
TTY	711
Dirección	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

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

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN): Información de contacto	
Teléfono	1-844-614-8800 lunes – viernes, 9 am – 5 pm
TTY	711
Dirección	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 Defensoría del Pueblo de Atención a Largo Plazo de New York ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familias.

Programa de Defensoría del Pueblo de Atención a Largo Plazo de New York: Información de contacto	
Teléfono	1-855-582-6769, lunes – viernes, 9 am – 5 pm
Dirección	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

El sitio web de Medicare (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) (TTY: 1-877-486-2048)
- Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. (TTY: 1-800-325-0778)
- Oficina Estatal de Medicaid 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 ayudarle a obtener evidencia de su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) permiten a los miembros presentar uno de varios documentos, incluso una copia de su tarjeta de Medicaid o un documento estatal que confirme el estado de Medicaid, para mostrar una prueba de que califica para 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 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 dinero, 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 al equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 con receta, las primas de los planes 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 Nueva York, el programa de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro de farmacia para personas de edad avanzada (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC). Consulte la información más abajo.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas 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 con el costo compartido para medicamentos recetados a través de los Programas de cuidado para personas sin seguro del estado de New York (incluido el ADAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP en 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, notifíquele al encargado de inscripción local del ADAP para que usted pueda seguir recibiendo ayuda. 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 sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección médica o la discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de Nueva York, el programa de asistencia farmacéutica es la Cobertura de seguro de farmacia para personas de edad avanzada (Elderly Pharmacy Insurance Coverage, EPIC).

Cobertura de fármacos para las personas mayores (EPIC) (Programa estatal de asistencia farmacéutica del estado de New York): Información de contacto	
Teléfono	1-800-332-3742. Horario de atención: Lunes – 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.

Cobertura de fármacos para las personas mayores (EPIC) (Programa estatal de asistencia farmacéutica del estado de New York): Información de contacto	
Dirección	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 11212-5018 nysdohepic@primetherapeutics.com
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 recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** 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 (TTY: 711) o visite 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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.) Su Equipo de atención, disponible al 1-866-783-1444 (TTY: 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. Horario de atención: 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.)

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto	
Dirección	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 sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, infórmeles si se muda o 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 RRB, de 9 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos 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 cuánto debe pagar cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que 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 equipos de suministros 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 y Medicaid, 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).

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

- **La atención que reciba se incluya 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 (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).
    - 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.
- **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 debe 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. 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 o Medicaid requieren que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede recibirla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga habitualmente dentro de la red. Si obtiene una autorización de su 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 de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido de 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. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide obtener servicios

dentro del área de prestación de servicios de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su 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. (Consulte 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 su plan?

Su PCP proporcionará la mayoría de su atención y le ayudará a arreglar o coordinar muchos de los servicios cubiertos que usted obtiene 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; y
- 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.

¿Cuál es el papel 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 su 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 en su PCP tendrán vigencia a partir del 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 su PCP

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

- Cobertura médica de rutina para mujeres, inclusive exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la 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 son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias 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 con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre de forma temporal fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle 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. Por ejemplo:

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

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

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

- Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, 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 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 de participar en el 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 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 elegir un proveedor 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 ha acudido en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a pedir continuar recibiendo terapias o tratamiento médicamente necesarios. 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.
- Si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto que sea médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero a un costo compartido equivalente al costo dentro de la red. Se debería 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 ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad (QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro 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 otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de un miembro o la función de un miembro o la pérdida o el deterioro grave a una función del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

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

- **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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.), 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 su estado y cuándo 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, intentaremos coordinar para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

A veces puede ser difícil saber si tiene 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.

Sección 3.2 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 dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. No obstante, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra 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 su plan y los proveedores de la red de servicios no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red de servicios. Se debería obtener autorización del plan antes de recibir atención. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios sin costo para usted.

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.

Su 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, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

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

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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 del costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por 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 que no sean servicios de emergencia o de urgencia, 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 que use 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 *estudio clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como comprobar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente se pide la participación de voluntarios en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (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 como parte del estudio. Si nos informa

que está en un estudio clínico calificado, usted es responsable de pagar el costo compartido dentro de la red por los servicios en ese estudio. 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. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos 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 de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un estudio 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 estudios 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 en 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 estudio clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios del plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Usted debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio calificado para un estudio clínico y enviar la documentación (como la factura de un proveedor) a nuestro plan. Luego, el plan le pagaría a usted $10 directamente. 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 recopilar 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 afección médica normalmente requeriría una sola tomografía.
- Los productos y servicios que se ofrecen por los patrocinadores de investigación son gratuitos para cualquier persona del estudio.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 6 Normas para obtener 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 un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada es contrario a las creencias religiosas de un miembro, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención sanitaria que no provee servicios médicos. Este

beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

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

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

- 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.
    - Debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, 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 con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas eléctricos de colchones, muletas, suministros para personas con diabetes, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión IV,

nebulizadores y camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar por parte del miembro. El miembro siempre es dueño de algunos artículos de DME, como prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

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 como miembro de nuestro plan.** No obtendrá el artículo, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad 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.

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 poseer el artículo una vez que se reinscriba en Original Medicare. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Normas para el 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 del equipo 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 del equipo de oxígeno

Si abandona VNS Health EasyCare Plus o ya no necesita equipos de oxígeno por motivos médicos, estos deben devolverse.

¿Qué sucede si 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. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer con la misma compañía o cambiarse a otra compañía. En ese 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 puede pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Debido a que recibe ayuda de Medicaid, es posible que no tenga que pagar nada por su atención. A veces, es posible que deba pagar una pequeña cantidad, llamada copago, según su elegibilidad para Medicaid. Asegúrese de seguir las reglas del plan para recibir 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 gastos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

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

- **Deducible:** Es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de nuestro plan).
- **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).
- **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 $283. 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 por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

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 atenciónmédica a domicilio. Además, los servicios de laboratorio clínico también están exentos del deducible.

Si es elegible para la ayuda con 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 la 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 es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, es muy probable que no tenga 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 debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. A este límite se lo llama monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto MOOP será de $9,850.**

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos se tienen en cuenta para el 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 que paga de su bolsillo de $9,850, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de su 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 saldo

Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, cuenta con una protección importante porque después de que alcanza los deducibles, solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los

proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

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.
- 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, como en los siguientes casos:
    - 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 que participa en Medicare, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando recibe una recomendación o para emergencias o servicios de urgencia).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no colabora con Medicare, 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 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 (TTY: 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 (TTY: 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 usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. 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.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección 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, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o urgencia, o que el plan o un proveedor de la red le hayan dado una recomendación. Esto significa que usted paga al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otros proveedores de la red de servicios obtienen aprobación por nosotros 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
- Determinados servicios relacionados con estudios clínicos
- Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia).

- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida para siempre y cuando sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura vigentes, su historia clínica y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido 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 el manual *Medicare y usted 2027*. Puede verlo en línea en Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos 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 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted está dentro del período de elegibilidad ininterrumpida estimada de un mes de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan de Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el plan Medicaid State Plan aplicable, ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare para el cual el estado sería responsable de otra manera si no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

- Si pierde su elegibilidad para el Programa New York State Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 6 meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare 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. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Si es elegible para la recibir la ayuda de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no pagará ningún costo por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para los beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas:
    - Dependencia crónica al alcohol o a drogas
    - Trastornos autoinmunes
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Insuficiencia cardíaca crónica
    - 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 información, consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas en la siguiente Tabla de beneficios médicos.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios 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 (PA), profesional en enfermería (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Están cubiertas hasta 12 consultas 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 metástasicas, inflamatorias, infecciosas, etc.) • No asociado con cirugías • 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 Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. No se requiere autorización previa para los anteojos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **Requisitos para proveedores:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Un asistente médico (PA), un profesional en enfermería (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) 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 universidad acreditada por la Comisión de acreditación de acupuntura y medicina oriental (ACAOM). • Una autorización vigente, total, activa e ilimitada para ejercer acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, según lo requerido por nuestras regulaciones.	
Acupuntura (beneficio de rutina) El beneficio incluye: • 30 consultas por año	Copago de $0 por cada consulta de rutina. No se requiere autorización previa para los servicios de acupuntura de rutina.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, sean por 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 si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud 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 en Medicaid. Es posible que su proveedor necesite obtener autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.*
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 consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta *Bienvenido a Medicare* para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, 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 de un 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 detección 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* Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de la arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria bloqueada) o colocación de un *stent* coronario (un procedimiento que se usa para mantener abierta una arteria)	20% del costo total para cada consulta a los servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada consulta a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación cardíaca* (continuación) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un período más largo.	
Visita 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 para detectar 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: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de atención quiropráctica* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación vertebral.	20% del costo total para cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Se requiere autorización previa.*
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 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 cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

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 tienen un alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes con alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en la materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento si la prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arrojó un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento suministrado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.	Si durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeta 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 en Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales*	
En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que involucra a la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de un órgano. No se aplica un deducible anual por categoría de servicio para los beneficios cubiertos por Medicare. Servicios dentales (que incluyen, entre otros, exámenes y limpiezas de rutina, radiografías, empastes, coronas, extracciones, tratamientos de conducto, dentaduras postizas, implantes y atención endodóntica y periodontal). No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista. Además, cubrimos lo siguiente:	Copago de $0 por los servicios dentales cubiertos por Medicare. No se requiere autorización previa para los servicios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios dentales preventivos: • Exámenes bucales 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	Copago de $0 por cada examen dental preventivo. Copago de $0 por cada limpieza. Copago de $0 por cada tratamiento con fluoruro. Copago de $0 por las radiografías. Copago de $0 por otros servicios de diagnóstico. No se requiere autorización previa para los servicios preventivos dentales.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales integrales*: • Servicios de restauración: 2 cada año • Servicios de prostodoncia removible: 2 cada año • Servicios de implante: 1 cada año • Servicios de prostodoncia fija: 2 cada año • Servicios de cirugía bucal y maxilofacial: 2 cada año	Monto máximo de cobertura del plan de $2,750 cada año para servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los servicios de restauración. Copago de $0 por los servicios de prostodoncia removible. Copago de $0 por los servicios de implantes. Copago de $0 por los servicios de prostodoncia fija. Copago de $0 por los servicios de cirugía bucal y maxilofacial. Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales.*
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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes 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* Servicios cubiertos para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave, un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 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), incluido el ajuste. • Capacitación para la autogestión de la diabetes bajo ciertas condiciones. • 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 total de los monitores para diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo total de los suministros de monitoreo para diabetes cubiertos por Medicare. 20% del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabetes cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Entre los artículos cubiertos, se incluyen sillas de rueda, muletas, sistemas eléctricos de colchones, suministros para personas con diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación del 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 tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.	20% del costo total 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, *cada* 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de que haya estado inscrito durante 36 meses. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Se requiere autorización previa.*
ECG después de la visita de "Bienvenido a Medicare" El electocardiograma (ECG o EKG) es un examen 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 la consulta preventiva única de "Bienvenida a Medicare".	Copago de $0 por un ECG después de la consulta 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 afección médica de emergencia	20% del costo total, hasta un máximo de $115 por cada consulta a la sala de emergencia cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que se brindaron fuera de la red 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.	Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes hospitalizados fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red de servicios.
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: • 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	Copago de $0 para mejorar los servicios de manejo de enfermedades.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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, puede visitar el sitio web en silversneakers.com o llamar sin cargo al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm.**	Copago de $0 para el beneficio de acondicionamiento físico.
Programas educativos sobre salud y bienestar Los beneficios incluyen lo siguiente: • Materiales educativos sobre salud impresos • 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 de asistencia telefónica 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
Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) Su Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) le da hasta $200 por mes para gastar, en función de sus necesidades, en los siguientes artículos elegibles: • Artículos de salud OTC • Artículos comestibles* • Comidas y productos a domicilio • Facturas de utilidades del hogar* (electricidad, gas, Internet y teléfono) • Gastos dentales, de audición y de la vista más allá de la cobertura de su plan	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) (continuación) Cada mes, su asignación se agrega a su tarjeta. El saldo sin usar vence al final del mes. Consulte el catálogo de OTC y comestibles para obtener una lista de los artículos aprobados y las tiendas, farmacias, supermercados y bodegas participantes. También puede visitar **mybenefitscenter.com**. Su asignación no se puede utilizar para artículos o servicios que no sean elegibles. Si se inscribe después del 1 de enero de 2027, el monto del beneficio mensual se basará en la fecha en que su cobertura entre en vigencia. Llámenos si tiene preguntas sobre si un artículo o servicio es elegible. ***Los beneficios para comestibles y utilidades del hogar son parte de un beneficio complementario especial para las personas con afecciones 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 auditivos Las evaluaciones de audición y equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $0 por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios auditivos (continuación) **Los beneficios adicionales incluyen:** • 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	Copago de $0 por cada examen auditivo de rutina. Copago de $0 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, todos los tipos. Copago de $0 para audífonos de venta libre.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un 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 para los miembros elegibles para 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 los brinde una agencia de atención médica a domicilio. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.	Copago de $0 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de una agencia de atención médica a domicilio* (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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	
Tratamiento de infusión en el hogar* El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes que se requieren para realizar una infusión en el hogar son el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra manera por el beneficio de equipos médicos duraderos. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la realización del tratamiento de infusión en el hogar y la administración de los medicamentos para la infusión en el hogar proporcionados por un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar calificado.	Copago de $0 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.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados para enfermos terminales Usted es elegible para este beneficio cuando su médico y el director médico del centro le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 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 ayudarle a encontrar programas de un centro para enfermos terminales certificados por Medicare dentro del área de servicio de nuestro plan. Esto incluye 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 Si 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 servicios de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención en centros para enfermos terminales, su proveedor del centro le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.	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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados para enfermos terminales (continuación) **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia, que no sean de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y 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 obtener autorización previa). • 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 obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud 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 el beneficio 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 hospicio 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Inmunizaciones 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. • Vacuna contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra afección que lo ponga en 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. También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura 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 atención 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 $1,736 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de $0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de $434 por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: copago de $868 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)* 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). • Drogas y medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados	Estos son los montos de costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como se publiquen. Para los días adicionales después de alcanzar el límite de beneficios cubiertos por Medicare, usted paga un copago de $0 para los días 91 en adelante. 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 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.*

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, usted 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 glóbulos rojos en paquete comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los gastos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o tener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios 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 externo. 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 *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponibles en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* *Carelon proporciona servicios de salud mental y conductual.* 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 de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, paga: Deducible de $1,736 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de $0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de $434 por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: copago de $868 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 2026 y pueden cambiar para 2027. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como estén disponibles. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta* Si ha agotado sus beneficios para paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.	**Servicios de médicos** Consulte la fila *Servicios para médicos/profesionales, incluidas las consultas al consultorio médico*. **Servicios de diagnóstico y radiológicos, vendajes quirúrgicos y férulas** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos*. **Prótesis, aparatos ortopédicos y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios** Consulte la fila *Prótesis, dispositivos ortésicos y suministros relacionados.* **Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional** Consulte la fila *Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta* (continuación) • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	
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 del 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 tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 modificación de la conducta orientada a la salud que brinda capacitación práctica en cambios dietarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare* **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:** • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben administrar por inyección o infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes externos 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 equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el 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.	Copago de $0 por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare. Copago de $0 por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare. Copago de $0 por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* • Medicamentos inmunosupresores o trasplante: 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 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. • 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* • 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 deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los 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 tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle 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 las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan que padecen un trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • La Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó los medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides. • Suministro y administración de esos medicamentos (si corresponde). • Asesoramiento por abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas	Copago de $0 por los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.
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; por ejemplo, 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 de los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** 20% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** 20% del costo total de los suministros cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* (continuación) • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (IRM), electrocardiogramas (ECG) y tomografías por emisión de positrones (TEP), cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos	**Servicios de laboratorio** 20% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** 20% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** 20% del costo total de los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología diagnóstica** 20% del costo total para los servicios cubiertos por Medicare (como IRM y TC). Se requiere autorización previa.*
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.	20% del costo total para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. 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 *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponibles en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).	
Servicios hospitalarios para pacientes externos* 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 externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado 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.	**Servicios de emergencia** Consulte la fila *Atención de emergencia*. **Cirugía para pacientes externos*** Consulte las filas *Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* y *Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos* (continuación) **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	**Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos*** Consulte la fila *Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos*. **Atención de salud mental y hospitalización parcial*** Consulte las filas *Servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, Servicios de hospitalización parcial y Servicios ambulatorios intensivos*. **Medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar usted mismo*** Consulte la fila *Medicamentos de la Parte B de Medicare*. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la salud mental para pacientes externos*	
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de la salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), asesor profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), profesional de enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	20% del costo total para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. 20% del costo total para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. 20% del costo total para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). 20% del costo total para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

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 son brindados en varios 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 consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Se requiere autorización previa.*
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos Los servicios de abuso de sustancias se prestan en un consultorio, entorno clínico, hogar de la persona u otros lugares adecuados para prestar servicios. A los servicios los brinda un médico, un psicólogo clínico, un asistente social clínico, un profesional de enfermería, un enfermero especialista, una partera certificada, un auxiliar médico u otros proveedores de atención médica calificados según Medicare. 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.	20% del costo total para cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. No requiere autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para trastornos por uso de sustancias para pacientes externos (continuación) • Participación y asesoramiento 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.	
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 internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	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 en Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos* La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio para pacientes externos en un hospital o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta familiar y marital con licencia (LMFT) o licenciado en consejería profesional, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activo proporcionado en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural con una atención más intensa que la recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o licenciado en consejería profesional, pero menos intensa 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 en 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 atención médica necesarios desde el punto de vista médico recibidos en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • 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.	20% del costo total para cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. 20% del costo total para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeras practicantes y asistentes médicos), paga un 20% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)* • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento con un médico o enfermero profesional. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Una llamada de audio y video en vivo con un proveedor a través de su teléfono, tableta o computadora.	Para los beneficios adicionales de telesalud, usted paga del 0% al 20% del costo total por los servicios de urgencia, servicios de atención médica a domicilio, servicios de médicos de atención primaria, servicios de terapia ocupacional, servicios de médicos especialistas, sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental, sesiones individuales para servicios de psiquiatría, sesiones individuales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, sesiones grupales para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, sesiones grupales para servicios de especialidad en salud mental, sesiones grupales para servicios de psiquiatría, servicios de fisioterapia y patologías del habla y el lenguaje, servicios del programa de tratamiento con opioides, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, servicios de observación, servicios en un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC), servicios educativos sobre enfermedades renales, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)* • 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, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud federalmente calificados. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo. o El registro no está relacionado con una visita en el consultorio de los últimos 7 días. o 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**: o Usted no es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una visita en el consultorio en los últimos 7 días. o La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.	Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)* • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red de servicios 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).	
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 para cada consulta de los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.* Copago de $0 por cada consulta de atención de podiatría de rutina. No se requiere autorización previa para la atención de podiatría de rutina.
Profilaxis 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 VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por la inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores 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. Copago de $0 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 cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte *Cuidado de visión* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	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.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid. Puede requerir autorización previa*
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.	Copago de $0 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la 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. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección por única vez. Si corre 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califiquen, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquete-años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden 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.	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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) (continuación) *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida para realizarse pruebas de detección posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer 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 un consultorio médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar la enfermedad renal Las enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen: • 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 los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos 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 internados (si es ingresado en un 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 tratamiento de diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por 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.	Copago de $0 por servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% del costo total de los servicios de diálisis cubiertos por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en Medicaid.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)*	
(Para obtener una definición de atención en un centro de atención de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A estos centros se los suele denominar 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 del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos 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.	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 $217 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 2026 y pueden cambiar para 2027. VNS Health EasyCare Plus proporcionará tarifas actualizadas en vnshealthplans.org tan pronto como estén disponibles. 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 enfermería especializada.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) Generalmente, usted recibe atención en un SNF en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia 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 esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	Se requiere autorización previa.*
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. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas Si tiene una afección crónica, los Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI) están diseñados para ayudar a mejorar o mantener su salud y funcionamiento diario. Usted es elegible: • Si tiene una o más afecciones crónicas complejas que pongan en peligro su vida o limiten de forma significativa su salud o capacidad para funcionar. • Si tiene un alto riesgo de necesitar una hospitalización u otros resultados de salud graves. • Si requiere coordinación de cuidados intensivos para controlar sus afecciones. Estos beneficios incluyen servicios o artículos que normalmente no están cubiertos por Medicare. Los miembros que califican para recibir los Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI) pueden usar su asignación de la Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) para comestibles aprobados, comidas y productos a domicilio y ciertas utilidades del hogar (electricidad, gas, Internet y teléfono). La tarjeta también cubre otros beneficios suplementarios, incluidos artículos de venta libre (OTC) y gastos dentales, de audición y de la vista elegibles más allá de los límites de cobertura del plan; sin embargo, estos son parte del beneficio más amplio de OTC/Flex, no de los SSBCI. Los beneficios están sujetos a los requisitos de elegibilidad y pueden variar según el miembro.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (continuación) Usted califica si tiene uno o más de los siguientes: trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por uso de sustancias (SUD), trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, demencia, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal crónica, enfermedad renal crónica (CKD), trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes accidente cerebrovascular, postrasplante de órganos, trastornos de inmunodeficiencia e inmunodepresores, afecciones asociadas con deterioro cognitivo, afecciones con desafíos funcionales , afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, y afecciones que requieren servicios de tratamiento continuos para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento. 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. Consulte el beneficio de la "Tarjeta de Healthy Extras" (Suplementos Adicionales) para obtener más información.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicios supervisados (SET)* La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • 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. • Ser realizado bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. 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 en 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.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 por parte 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. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra 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 en todo el mundo** para obtener más detalles.	20% del costo total, hasta un máximo de $40 por cada consulta cubierta por Medicare. Su costo depende de su nivel de elegibilidad en 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 al 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.	**Atención de la vista cubierta por Medicare** Copago de $0 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de $0 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) • 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: • Examen de la vista de rutina para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares. Un examen de rutina por año. • Otro examen de la vista cuando sea necesario para ayudar a diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones de la vista más allá de un examen de la vista de rutina: Un examen de la vista de rutina adicional cada 2 años. • Anteojos (lentes y marcos): Un 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	Copago de $0 por cada consulta de examen de la vista de rutina. Copago de $0 para otras visitas de examen de la vista cuando sea necesario para ayudar a diagnosticar y tratar enfermedades o afecciones oculares más allá de un examen de la vista de rutina. 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. Copago de $0 para lentes de rutina. Copago de $0 para marcos de anteojos de rutina. O BIEN Copago de $0 para lentes de contacto de rutina.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Consulta preventiva de Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas [o inyecciones]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*.
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. 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 en 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 Nueva York.**	
Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes: ○ Tratamiento diurno. ○ Gestión de casos psiquiátricos serios y persistentes grado III (patrocinado por las unidades de salud mental locales y estatales).	Copago de $0
Clínicas de salud conductual comunitarias certificadas (CCBHC)	Copago de $0
Servicios de intervención en casos de crisis para jóvenes de 18 a 20 años	Copago de $0
Servicios de apoyo en la comunidad (CSS)	Copago de $0
Terapia de observación directa para la tuberculosis	Copago de $0
Servicios de administración de la atención de Health Home (HH+) y Health Home Plus (HH+)	Copago de $0
Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)	Copago de $0
Servicios de planificación familiar fuera de la red de servicios en virtud de las disposiciones de acceso directo	Copago de $0
Servicios de rehabilitación brindados a los residentes de residencias comunitarias (CR) con licencia de OMH y programas de tratamiento basados en la familia	Copago de $0

SECCIÓN 4 Servicios que nuestro plan no cubre

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

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 es apelado y se decide tras la apelación que sea 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 cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura 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.
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, por ejemplo, bañarse o vestirse.	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Medicamentos, equipos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales Los productos y procedimientos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta.	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).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Cargos cobrados por los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo que sea médicamente necesaria.
Servicios de empleada doméstica, incluso ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas 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 ortopédico y que se incluyen en el costo de la pierna. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesaria.
Reversión de un procedimiento de esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención de quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de baja visión	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Servicios considerados como no 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 recibe la Ayuda adicional con los costos de los medicamentos de la Parte D?

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. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados*, también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para 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 por 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.

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

- Debe contar con un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal correspondiente.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en la lista de exclusiones o preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus recetas (consulte la Sección 2) o puede obtener su medicamento recetado a través del servicio de pedido por correo del 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).
- Es posible que su medicamento necesite 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 del plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos recetados que surte en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4).

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Busque un medicamento o busque una farmacia de la red de servicios

Para encontrar una farmacia de la red de servicios, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (vnshealthplans.org/providers), o llamar a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de su Equipo de

atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede visitar nuestra página web en vnshealthplans.org/providers para obtener más información.

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 (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de LTC (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen 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 (TTY: 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 nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red de servicios.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* vnshealthplans.org/providers o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo del plan

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.

Por lo general, el pedido a la farmacia de venta por correo le llegará en 10 días como máximo. 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. La farmacia surtirá y entregará automáticamente los nuevos medicamentos recetados que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si:

- Utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se registra para la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos recibidos directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos recetados nuevos en cualquier momento llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Si recibe directamente por correo un pedido de medicamentos recetados que no desea y nadie se comunicó con usted para preguntarle si lo quería antes de enviárselo, es posible que pueda recibir un reembolso.

Si ya utilizó el servicio de pedido por correo y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Si nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide detener los surtidos automáticos de nuevos medicamentos recetados, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe de inmediato. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento recetado.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de nuevos medicamentos recetados recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Resurtido de recetas para pedido por correo. Para los resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En el marco de este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que debería estar a punto de quedarse sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y puede

cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si ha cambiado su medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia que opera bajo dicho programa de pedidos por correo le envíe su medicamento recetado, póngase en contacto con su farmacia con 10 días de anticipación antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos para pedidos por correo, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica 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* 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 (TTY: 711) para obtener más información.
2. También puede recibir 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 nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solo cuando usted 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 al 1-866-783-1444 (TTY: 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red de servicios cerca.

Solo cubrimos los medicamentos recetados presentados en farmacias fuera de la red de servicios en estas situaciones.

- 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.
- Se trata de un medicamento de la Parte D despachado por una farmacia ubicada en una institución fuera de la red mientras el miembro se encuentra en la sala de emergencias.
- Mientras se encuentra fuera del área de servicio, un miembro se enferma o se queda sin su medicamento y no puede acudir a una farmacia de la red de servicios.
- Se solicita un medicamento recetado para los medicamentos cubiertos de la Parte D, pero dicho medicamento no suele estar a disposición en una farmacia accesible de la red de servicios.

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

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 y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

El plan tiene 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 en la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted cuenta con cobertura de algunos medicamentos recetados según sus beneficios de Medicaid. 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, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *ya sea que*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual 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 bajo un nombre de marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando 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 Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y son igual de eficaces. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). Su plan cubre una cantidad limitada de medicamentos de venta libre (OTC). Puede encontrar una lista de estos medicamentos en la sección principal del formulario de su plan. Si un medicamento de venta libre (OTC) está cubierto por su beneficio de medicamentos recetados, no estará cubierto también por la Parte C.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista un medicamento en particular.
- En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la 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 nuestra Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será su costo por el medicamento:

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

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del 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, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
- Visite la página web del 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 (TTY: 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.
- Use nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" (www.medimpact.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que le corresponde pagar y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están pensadas para alentarlo 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 diferir según 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

según la versión del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno por día frente a 2 por día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para saber lo que usted o su proveedor pueden hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo 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 aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. Para obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web **www.vnshealth.com/ecp-pa**.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a utilizar medicamentos menos costosos, pero, generalmente, igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **terapia escalonada**. Para obtener los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web **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 receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera 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. Por ejemplo:

- 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.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Alternativas en caso de que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos o esté restringido:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

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

- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para 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. 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 los miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días, viven en un centro de atención médica a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato.** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada 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; regreso 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, comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 médico puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si ya es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le responderemos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de quien emitió las recetas médicas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le indica 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 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le indica 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.

Los medicamentos en nuestro nivel de medicamentos especializados (Nivel 4) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría implementar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar 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.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del 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 su cobertura para medicamentos que lo 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 aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con 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 aparecerá en el mismo nivel de gasto compartido o en uno menor y con 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 hacer el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días 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 realicemos el cambio.
- **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 usted 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 hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, 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 lo afectan durante este año de plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. De ser así, el cambio no se aplicará en su caso si está tomando el medicamento en ese momento, pero es probable que estos cambios lo afecten a partir 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- 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 está tomando (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 hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan en curso. Deberá verificar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año del 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 considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted (excepto para ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada para medicamentos).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir 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. 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 pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante.

Si recibe **Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información). Si tiene cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese

con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para 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 surtir su receta, proporcione la información de miembro del plan (que se puede encontrar en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija). La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Si 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 puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Puede **solicitarnos que le reembolsemos el dinero**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

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 deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de LTC, como un hogar de convalecencia, tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* 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 forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). Si se encuentra en un centro de atención médica a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de dichos centros.

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 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 hospicio de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso de la persona autorizada a dar recetas o de su proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debe cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados para enfermos terminales o al profesional que receta que se aseguren de que tengamos la notificación de surtir su receta.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.

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

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los 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 dispensadores o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podríamos hablar con sus dispensadores para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar con sus dispensadores decidimos que es posible que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepina recetados no sea seguro, es posible que limitemos la forma en la 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 todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina recetados de determinados dispensadores.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepina que le cubriremos.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos, 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. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que le confirmamos las limitaciones. Si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier

parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

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 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 desarrolló el programa para nosotros para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo 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 ayudarles a usar de forma segura los opioides, 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 llevarán a cabo una revisión completa de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y 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 que participan en un programa de MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los 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 con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con 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. Además, algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si usted compró una cobertura complementaria para medicamentos.

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 explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.medimpact.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos que paga de su bolsillo. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

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

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. 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 su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados*, también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte 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 <u>se incluyen</u> 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 miembro de un 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 la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, 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 $2,400 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos 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 del 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 del plan para la cobertura fuera de la red de servicios
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza para los medicamentos cubiertos conforme a nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realiza para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la administración de Asuntos de veteranos (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 de fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 $2,400, 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 saber lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado 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** en su cobertura de medicamentos en virtud de VNS Health EasyCare Plus. El monto que paga por cada medicamento recetado depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

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 decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de 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 realizados por un amigo o pariente, por la Ayuda adicional de Medicare, planes de salud sindicales o del empleador, el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense, 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. Aquí encontrará lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

- **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.** Muestra el precio total del medicamento y la información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Incluye 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, siempre y cuando:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga medicamentos recetados.** Esto nos ayuda a asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos recetados que está obtiene y lo que está pagando.
- 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 obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, presente copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe presentar copias de los recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red 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 al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos de 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 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 (TTY: 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 la cobertura para medicamentos. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas la vacuna contra la varicela, el tétanos y las vacunas para viajes.Por lo general, su **costo total** es menor que el precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos por el suministro de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $700, 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, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos recetados.

El plan tiene 5 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos del 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: genéricos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: de marca preferidos
- Nivel 3: de marca no preferidos
- Nivel 4: de especialidad
- Nivel 5: medicamentos selectos

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

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 obtenido en una farmacia fuera de la red de servicios.
- Una farmacia de pedidos por correo del 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 vnshealthplans.org/providers.

Sección 5.2 Costos de 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, $1.65 o $5.80	Copago de $0, $1.65 o $5.80	Copago de $0, $1.65 o $5.80	Copago de $0, $1.65 o $5.80
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca no preferidos	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40	Copago de $0, $5.00 o $14.40
Nivel 4 de costo compartido (Nivel de medicamentos especializados)	Copago de $0, $1.65 o $5.80 para medicamentos genéricos en este nivel y copago de $0, $5.00 o $14.40 para medicamentos de marca en este nivel	El pedido por correo no está disponible para los medicamentos de este nivel.	Copago de $0, $1.65 o $5.80 para medicamentos genéricos en este nivel y copago de $0, $5.00 o $14.40 para medicamentos de marca en este nivel	Copago de $0, $1.65 o $5.80 para medicamentos genéricos en este nivel y copago de $0, $5.00 o $14.40 para medicamentos de marca en este nivel
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos selectos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

Consulte la Sección 7 para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no 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.

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 pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos 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 100 días como máximo.

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)	Copago de $0, $1.65 o $5.80	
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)		
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca no preferidos		
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

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales que paga de su bolsillo alcancen los $2,400

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales que paga de su bolsillo alcancen $2,400. Luego, pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente no cubre un plan de medicamentos de Medicare. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para los costos totales que paga de su bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto usted, el 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 $2,400 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 entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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 (TTY: 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 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (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 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 obtiene una vacuna, puede tener que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración 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 pagará 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.

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 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 luego la lleva al consultorio médico, donde se le administrará.

- Usted no paga nada para la mayoría de las vacunas solas 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.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte 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 administraciónde 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 por los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red de servicios le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo completo de la atención médica o medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, examinaremos la factura y decidiremos si los servicios y los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya pagó un servicio o producto de Medicare que cubría el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama **reembolsar**). 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. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si no lo logra, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando 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 urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que emita una factura al plan.
- Si 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 se le pide un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto de su 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 le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree 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 el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

Si acude a una farmacia fuera de la red de servicios, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red 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. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan.

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado de la receta.

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

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

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

reembolsarle el 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 de la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. A esto se lo denomina realizar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que realicemos un reembolso enviándonos 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 el reclamo dentro de los 3 años** 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 - MA
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 de 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 le pagaremos o no

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado 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 pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta para explicar las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si 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 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. We can also give you information in languages other than English including Spanish and Chinese, braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call your Care Team at 1-866-783-1444 (TTY: 711).

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

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with your Care Team at 1-866-783-1444 (TTY: 711), 8 am and 8 pm, 7 days a week (Oct. – Mar.) and between 8 am and 8 pm, weekdays (Apr. – Sept.). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or 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), de 8 am a 8 pm, 7 días de la semana (oct. - mar.) y de 8 am a 8 pm, días laborables (abr. – sep.). 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.

第 1.1 節	我們必須以適合您的方式提供信息Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un PCP de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga remisiones.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del 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 usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se le explica lo que puede hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si pretendemos darle su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención ni pague por su atención, *primero estamos obligados a obtener permiso por escrito de su parte o de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- 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.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su 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 (TTY: 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red de servicios.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red de servicios.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda 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 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 ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por cuenta propia

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*, puede realizar lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como un **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede pedirle un formulario de instrucciones anticipadas a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de suministros para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no lo ha hecho, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar 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 instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una declaración de voluntad anticipada y considera que un médico u hospital no la respetó, puede presentar una queja ante:

New York Medicaid
Oficina del Comisionado
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237
1-800-541-2831.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 Si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando 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, debe llamar 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.

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- **Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501 (TTY: 711)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)
- Puede llamar al **programa New York State Medicaid** al 1-800-541-2831 (TTY: 711)
- O puede llamar a la **Red independiente de defensa del consumidor (ICAN)** al 1-844-614-8800 (TTY: 711).

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

Cómo obtener más información sobre sus derechos:

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

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se enumera lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene preguntas, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se explica la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le 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 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 comprender.

- **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:
  - Usted debe pagar las primas de su 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 el plan, debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de prestación de servicios de nuestro plan, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan.**
- **Si se muda, infórmeselo 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 se utiliza para manejar su problema depende de 2 cosas:

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 (TTY: 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 denominado reclamos).

Estos 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 ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos detalles para el manejo de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato con usted, estamos obligados a respetar su derecho a queja. Si necesita ayuda, siempre debe llamar a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711). En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado 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, también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Llame al Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP), 1-800-701-0501 (TTY: 711).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).
- Visite Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY: 711)

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Debido a que tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema

se trata de los beneficios de Medicare o 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 (TTY: 711).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, consulte la siguiente tabla.

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

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

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

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

Consulte **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 o medicamentos de la Parte D) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte **la Sección 5, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte **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 sobre las decisiones y apelaciones de cobertura

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 Parte D, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, en general, llamamos **atención médica** a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión favorable de cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted 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 se niega 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 la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que 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 que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas

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 esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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 apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2, en el que una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan la evaluará.

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

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

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711)**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud.

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, será necesario que se designe como su representante. Llame al Equipo de atención y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en vnshealthplans.org).
    - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 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 puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Usted 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 (TTY: 711) y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en vnshealthplans.org). Este formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que desearía 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 pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u 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 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. 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 la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura va a acabar demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería 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 (TTY: 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Los beneficios de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento 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 artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor 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 le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo, y que estaba aprobada, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reduciendo o interrumpiendo esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un CORF, lea las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar 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, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de 72 horas para los servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar su función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.

Si nos pide una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no

aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se le explicará lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándares.
- Que si su médico pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
- Que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud para 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 su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas.

Para decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura 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 daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura para 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.

Generalmente, se toma una decisión estándar dentro de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. En general, se realiza una apelación rápida en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen 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, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si 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. Algunos ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos 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 por enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial,** debemos autorizar o brindarle la cobertura acordada 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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su 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 **dentro de un plazo de 30 días calendario** si su solicitud es para un artículo

o servicio médico, o **dentro de un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos su apelación automáticamente 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.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para 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 de gobierno. 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 **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo 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 relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman más días, se lo notificarán por

escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

- Para la apelación 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 solicita un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le comunica 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 parte de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** desde 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 proporcionar 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 las **solicitudes estándares.** En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización de revisión independiente dice que no a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la 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 que:

- Explica su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura que solicita para la atención médica 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.
- 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 otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de 5 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 apelación 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 comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos 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 solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica por la que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted ha seguido las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no en una fecha posterior a los 60 días calendario después

de haber recibido 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 para informarle que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. Para las apelaciones sobre el 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. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de medicamento en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*.

También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Para algunos medicamentos, debe obtener nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le indican que su receta no puede surtirse por cómo está escrita, la farmacia le debe dar una notificación por escrito para explicar 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 una **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 cualquiera de las situaciones siguientes:

- Nos solicita cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan. **Pida una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Si nos pide pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **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 Pedir 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.**

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D 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 los medicamentos del Nivel 4: de especialidad. No puede solicitar que hagamos una excepción al monto del costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto del costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
    - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentren en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos para ningún medicamento del Nivel 4: de especialidad.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel, y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

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.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección 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. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida su solicitud. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe pedir un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- Usar las vías de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o la 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 rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o persona que receta, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se le explicará lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.
    - Que si su médico o persona que receta pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
    - Hay formas para presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de la recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestra página web vnshealthplans.org/ecp-rx-forms. En el Capítulo 2 podrá encontrar la información de contacto. También puede enviar una solicitud de determinación de cobertura de manera electrónica a través de nuestro sitio web en www.vnshealthplans.org/partd con los formularios de solicitud en línea disponibles en la sección Formularios. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto y los datos que muestren 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 que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo** donde se explican los motivos médicos para solicitar la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - Si solicita una excepción, le daremos nuestra 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 con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindarle la cobertura** que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la 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 para explicarle 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 pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de un plazo de 7 días calendario. En general, se realiza una apelación rápida en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que aparecen 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 apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para 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 de cobertura modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web vnshealthplans.org/ecp-rx-forms. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **MedImpact acepta solicitudes orales.**
- **También puede enviar una solicitud de determinación de cobertura de manera electrónica** a través de nuestro sitio web en www.vnshealthplans.org/partd con los formularios de solicitud en línea disponibles en la sección Formularios.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si 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. Algunos ejemplos de buenas causas pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos 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 por enviarle esta información.

Paso 3: Consideraremos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de recibir 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar 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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. En la Sección 7.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle 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 para 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 de gobierno. 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 ponerse en contacto con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 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 con respecto a la determinación **de riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo 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.

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión 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 estándares, 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 usted todavía no ha recibido. Si solicita un reembolso por 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 comunica su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

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

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

Si esta organización de revisión independiente dice que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica su decisión.
- Le informa 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 para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de 5 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 los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudan a coordinar la atención que pueda necesitar después del alta.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores al ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *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 (TTY: 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le dice 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 largo.

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* indica que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener 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 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048). También puede ver el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para realizar 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.** Llame al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de su estado para obtener ayuda personalizada. Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP), 1-800-701-0501 (TTY: 711). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta.**
    - **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 organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha de alta prevista.
- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos, 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 al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le dé 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 Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente rechaza su solicitud es porque creen que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la organización para la mejora de la calidad le brinde la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha 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 Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finaliza su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión 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 en que rechazó su primera apelación por parte de la organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados 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 rechaza su apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente 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 completa 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.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 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 de 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 la 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 solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 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 la atención para usted.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Llame al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene preguntas o necesita ayuda. También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) de su estado para obtener ayuda personalizada. Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP), 1-800-701-0501 (TTY: 711). La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para 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 organización para la mejora de la calidad y solicite una apelación de vía rápida. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en 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 Organización para la mejora de la calidad 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 Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, y usted recibirá la *explicación detallada de no cobertura* de nosotros donde le explicaremos en detalle nuestras razones para cancelar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechaza*n su solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si decide seguir recibiendo 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 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 largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, 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.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su 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 ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para 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 qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado 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 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 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 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 mediador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 de apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarlo, pasaremos a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos que la acompañen. 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 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** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 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 *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 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 mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones**

aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la resolución.

- **Si 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** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para el medicamento** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *puede no* concluir.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 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 *aceptar* o *rechazar* 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 se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los 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 atención que ha recibido (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? • ¿Le parece 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 por el Equipo de atención u otro personal del 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?

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 *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios o artículos médicos o medicamentos que se aprobaron; 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:

En esta sección, una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** también se denomina un **reclamo acelerado.**

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo que necesite hacer, su equipo de atención de se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- 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 solicita una ampliación o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene. Si debemos extender el plazo, le informaremos al respecto por escrito.
    - Si negamos su queja en forma total o parcial, en nuestra decisión por escrito se explicará el motivo de nuestro rechazo y le informaremos sobre cualquier disputa de las opciones de resolución que pueda tener.

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.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la organización para la mejora de la calidad y 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 Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).

Problemas sobre sus 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, le ayudaremos a conectarse con la organización adecuada cuando sea necesario.

CAPÍTULO 10:
Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de la membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en VNS Health EasyCare Plus puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, debemos continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice la 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 el programa New York State 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.
- 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 de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene otra cobertura acreditable para 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si

recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-541-2831 (TTY: 711) para conocer las opciones de planes 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.
- **Su membresía generalmente terminará 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

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** de cada año. 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 cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos.
    - 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.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos 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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** de cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es 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 hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **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 Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene el programa New York State Medicaid.
- Si es elegible para que la Ayuda adicional pague la cobertura de sus medicamentos de Medicare.

- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito 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). (TTY: 1-877-486-2048). Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos.
- 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 sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le explican más sobre los períodos de inscripción especial para las personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711)**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y usted 2027*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Haga lo siguiente:
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 *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Inscríbase en el plan nuevo de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en VNS Health EasyCare Plus se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de medicamentos en el nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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. (TTY: 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.

Para las preguntas sobre sus beneficios de New York State Medicaid, comuníquese con el programa New York State Medicaid: 1-800-541-2831 (TTY: 711), de lunes a viernes, 8 am – 8 pm, y los sábados, 8 am – 8 pm. Pregunte cómo afectará inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare la forma en que recibe su cobertura del programa de New York State Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios o artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que se cancele su membresía con VNS Health EasyCare Plus, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus medicamentos recetados.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

VNS Health EasyCare Plus debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no califica para Medicaid, se le requerirá que cancele su membresía en VNS Health EasyCare Plus.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para averiguar si el lugar a donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o es elegible pero no ciudadano.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para 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 esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si finalizamos 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 (TTY: 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 le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 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 servicios. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido 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 HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 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 motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o 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 por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma materno no sea el inglés, 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. (TTY: 711).

Si cree que **VNS Health EasyCare Plus** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante Estelle Masiello, Directora de Asuntos Regulatorios y Oficial Adjunta 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 (TTY: 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 una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

- Sitio web: 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: 1-800-537-7697)

Este aviso está disponible en el sitio web de VNS Health EasyCare Plus: vnshealthplans.org.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

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 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.

Las sospechas de incumplimiento se pueden denunciar de varias maneras:

	VNS Health	**VNS Health Health Plans**
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) **vnshealth.ethicspoint.com**	888-634-1558 (teléfono) 646-459-7730 (fax) **vnshealth.ethicspoint.com**
También nos puede encontrar en estas direcciones:	**VNS Health Health Plans Compliance** 220 E. 42nd St, 6th Floor New York, NY 10017	**VNS Health Health Plans - Compliance** 220 E. 42nd St, New York, NY 10017 VNSHealthCompliance@vnshealth.org
Además, puede comunicarse directamente con la dirección de Cumplimiento de VNS Health:	**VNS Health SVP, Chief Compliance & Privacy Officer** Leah Griggs-Pauly Leah.GriggsPauly@vnshealth.org	

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para recibir servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de prestación de servicios: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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.

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 indican 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.

Auxiliar de atención médica en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de un enfermero o terapeuta autorizado, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

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.

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.

Biosimilar: un 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**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que se espera que no pasen más de 24 horas en el centro asistencial.

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

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para 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 para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para 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 o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo por los medicamentos recetados o servicios después de que pague su deducible.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: 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 3 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 recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: 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.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo de bolsillo de un miembro.

Cuidado asistencial: es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, proporcionado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, incluyen ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar 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.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que nuestro plan los pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura**.

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

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 para beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de un miembro o la función de un miembro, o pérdida o deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, asesores, otros profesionales de la salud y representantes del plan que trabajan juntos para apoyar su atención médica y ayudarle a obtener la información y los servicios que necesita. El equipo de atención puede ayudarle a elaborar un plan de atención y responder preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 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 ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial: la etapa posterior al pago de su deducible (si tiene uno) y antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del límite que paga de su bolsillo.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y condición actual. Se utiliza para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

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).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o hospital) factura a un paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de VNS Health EasyCare Plus, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen saldos** o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

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.

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

“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.

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 los centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales 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 externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos 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.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

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.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

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.

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la 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 y por lo general es más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del 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.

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 del plan, de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si es elegible para recibir la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo para la cantidad máxima que pagará 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.)

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez carece de la cobertura para medicamentos de la Parte D u otros medicamentos acreditable durante 63 días o más.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional o 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 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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 usted va 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 la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo 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.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre hasta el 7 diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

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 cumpla 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.

Personas con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de atención: un plan para los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

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.

Plan de necesidades especiales equivalente institucionalmente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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 por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan 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 que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red de servicios (preferido) como fuera de la red de servicios (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionalmente (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en el centro (FI-SNP).

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 para medicamentos recetados**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles que ayudan a las personas frágiles a permanecer independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) lo antes posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y a la asistencia médica de un plan estatal conforme al título XIX de Medicaid. Los estados cubren algunos o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

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

Producto biológico original: un 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.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de Descuentos de Fabricantes: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de 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.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o 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.

Prótesis y ortótica: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, las férulas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red/proveedor: 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 acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Equipo de atención. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

Reclamo: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. No se relaciona con disputas de cobertura ni de pago.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

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

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

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 dados su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio por parte 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 con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que lo ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud temprano, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para el control de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

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

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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.) Su Equipo de atención, disponible al 1-866-783-1444 (TTY: 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.) Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.)
Dirección	VNS Health Health Plans - Care Team 220 East 42nd Street New York, NY 10017
Página web	vnshealthplans.org

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre 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 de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-701-0501.
TTY	711
Dirección	Oficina para las personas de la tercera edad del estado de Nueva York 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 algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

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

VNS Health

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.

©2026 VNS Health
H5549_2027_EasyCarePlus_EOC_C Accepted 09242026