VNS Health

VNS Health Total (HMO D-SNP)

Un programa de Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus

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 Total (HMO D-SNP).

Este documento proporciona detalles de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare y el Programa New York State Medicaid 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 Total, 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 Total.)

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.

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 Total EOC_C Accepted 09242026

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de VNS Health Total 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 16
SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 16
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 Contactos de VNS Health Total 19
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare 23
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) 24
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 25
SECCIÓN 5 Seguro Social 26
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 28
SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 29

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para acceder a los servicios médicos y otros servicios cubiertos 31

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 31
SECCIÓN 2 Acuda a los proveedores de la red de servicios del plan para obtener atención médica y otros servicios 33
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 37
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 40
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 40

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica....42
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero....43

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)....46

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos....46
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos....47
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de VNS Health Total....104
SECCIÓN 4 Servicios que nuestro plan no cubre....114

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 117

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D....117
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....118
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan....121
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura....123
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted quisiera....125
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año....127
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos....129
SECCIÓN 8 Cómo obtener medicamentos recetados....131
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales....131
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos....132
SECCIÓN 11 La Explicación de beneficios de la Parte D informa en qué etapa de pago se encuentra....135

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D....137

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos servicios médicos o medicamentos cubiertos....138

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios o medicamentos cubiertos....138
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió....141
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....141

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 143

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....143
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....151

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 153

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....153
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 154
SECCIÓN 3 Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid.....155
SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema.....155
SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones y apelaciones de cobertura.....155
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....159
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....174
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..191
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 195
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....199

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan 204

SECCIÓN 1 Finalización de la membresía en nuestro plan 204
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 204
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 208
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios o artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....209
SECCIÓN 5 VNS Health Total debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 209

CAPÍTULO 11: Avisos legales 212

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 212
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....212

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 216
SECCIÓN 4 Compromiso con el cumplimiento.....216

CAPÍTULO 12: Definiciones 218

CAPÍTULO 13: Bienvenido a Medicaid Advantage Plus de VNS Health Total 231

SECCIÓN I: AYUDA DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN.....232
SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA MAP 232
SECCIÓN III: SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MAP DE VNS HEALTH TOTAL 237
SECCIÓN IV: SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN.....251
SECCIÓN V: AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y PROCESOS DE QUEJAS 253
SECCIÓN VI: CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP.....265
SECCIÓN VII: COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA 267
SECCIÓN VIII: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 267

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de VNS Health Total

Sección 1.1 Está inscrito en VNS Health Total, 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 Total. 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 Total es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. VNS Health Total está diseñado para las personas que tienen Medicare y que 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, recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. VNS Health Total 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 Total es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por

Medicare. 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 Total cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o 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 Total, 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 Total después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, 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 Total. 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 los beneficios de Medicare como para los beneficios totales de Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad para el programa New York State Medicaid, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 3 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 Total

VNS Health Total 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, Erie, Kings (Brooklyn), Monroe, Nassau, New York (Manhattan), Queens, Rensselaer, Richmond (Staten Island), Schenectady, Suffolk y Westchester en el estado de New York. Debe vivir en una de estas áreas para unirse al plan.

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. 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 Total si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, VNS Health Total debe cancelar su inscripción.

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, por correo o por vía electrónica. 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, LTSS u otros servicios. Su equipo de atención trabaja con usted y sus proveedores para coordinar su atención, coordinar los servicios y apoyos necesarios y ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud. Su equipo de atención revisa y actualiza su plan de atención con regularidad y cada vez que cambian sus necesidades u objetivos.

Su plan de atención incluye lo siguiente:

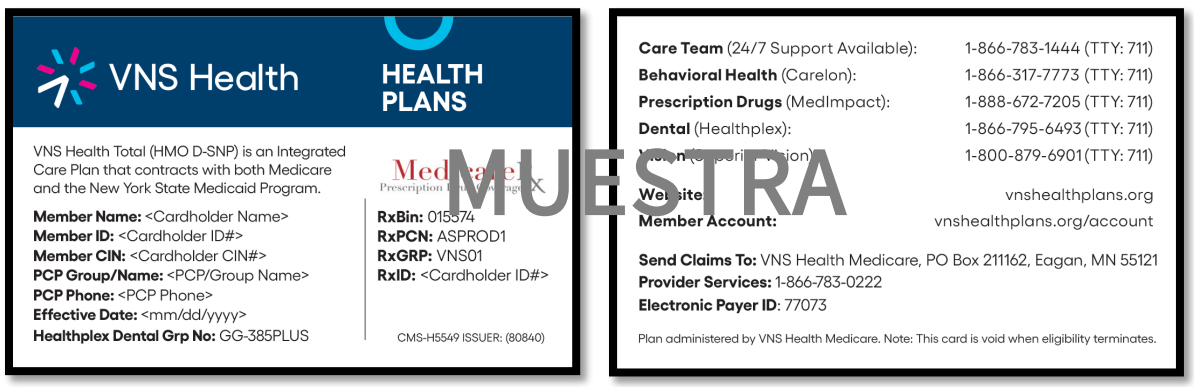
- Sus objetivos de atención médica que tienen en cuenta sus prioridades
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita

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. Ejemplo de tarjeta de miembro:



MUESTRA

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

Si 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* www.vnshealthplans.org/providers 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 Total 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). *Los directorios de proveedores y farmacias* solicitados en papel se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestra página web en vnshealthplans.org/providers.

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 Total. 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 Total.

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, puede visitar 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 a este monto. Consulte la Sección 5.1 para obtener más información.	$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).	$0 Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas con un médico de atención primaria	Copago de $0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	Copago de $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.	Copago de $0 para los días 1 a 90
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** $0 **Copago durante la Etapa de cobertura inicial:** • Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y todos los demás medicamentos: 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)

Sección 5.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan para VNS Health Total.

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 & You 2027 (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

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

Si Medicaid no paga 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. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O 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 6 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 6.1 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.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si debiera una, o puede que deba comenzar a pagar una.

- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cancela su inscripción en el plan y no tiene otra cobertura de medicamentos de la Parte D u otra cobertura acreditable durante 63 días o más.

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 proveedor de atención primaria/grupo médico/IPA.

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).

Para mantener actualizada su información de Medicaid, comuníquese con el programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831, de lunes a viernes, 8 am – 8 pm, sábados 9 am – 1 pm. (TTY: 711).

Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid.

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 Total

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 Total. Con gusto le ayudaremos.

Su Equipo de atención: Información de contacto	
Llame	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		
Llame	**Medical:** 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.	
Dirección	**Medical:** 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	
Llame	1-866-783-1444 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.)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 Total directamente ante Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

VNS Health Total 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	
Llame	1-866-783-1444 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.)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 llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Dirección	**Medical:** 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.

Medicare: información de contacto	
Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere 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 y 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.

Medicare: información de contacto	
Sitio web (continuación)	También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre VNS Health Total. **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 New 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	
Llame	1-800-701-0501
TTY	711
Dirección	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
Página web	https://aging.ny.gov/ health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 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	
Llame	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.
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.

Seguro Social: información de contacto	
Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, 8 am – 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, 8 am – 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	
Llame	1-800-541-2831. Lunes – viernes, 8 am – 8 pm, sábados 9 am – 1 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 Independent Consumer Advocacy Network (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.

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN): Información de contacto	
Llame	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 CORREO ELECTRÓNICO: 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	
Llame	1-855-582-6769 Lunes – viernes, 9 am – 5 pm
TTY	711
Dirección	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 CORREO ELECTRÓNICO: 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

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

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a 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 necesita ayuda para obtener evidencia sobre su nivel de copago correcto, llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711) e infórmele al representante que necesita ayuda para obtener esta información. Para obtener esta información, es posible que tengamos que comunicarnos con Medicare en su nombre. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.). Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.)
- 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.

¿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.

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	
Llame	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, 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 la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. 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 usted visita a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los 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 Total debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además de los cubiertos en virtud de Original Medicare (Consulte la Sección 2 del Capítulo 4).

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

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos 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 sin costo para usted. 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 Total. 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 Total, su PCP coordinará muchos de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de un plan. “Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan 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

También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

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 Total también le informará cuando su PCP deje de formar parte de la red de servicios y lo ayudará a elegir otro PCP, de manera que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si se encuentra en tratamiento por una lesión o enfermedad específica, hable con su equipo de atención sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda continuar recibiendo los servicios del médico que abandona la red de servicios de VNS Health Total hasta que complete su tratamiento en curso actual.

Sección 2.2 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.

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

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

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.

A excepción de una emergencia, debe obtener autorización de VNS Health Total. Comuníquese con su equipo de atención para obtener más información o para coordinar servicios.

SECCIÓN 3 Cómo 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 atención de urgencia:

- Llame primero a su médico de atención primaria (PCP) para obtener orientación.
- Si su PCP no está disponible, comuníquese con su Equipo de atención para obtener instrucciones sobre dónde buscar atención.
- Puede acudir a centros de atención de urgencia, clínicas sin cita previa u otras instalaciones apropiadas si así lo indica el plan o si no se puede acceder a los proveedores de la red.
- Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede acceder a un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia recibidos de cualquier proveedor con licencia.

Si necesita atención que nuestro plan debe cubrir y no puede ver a un proveedor de la red, debe obtener autorización del plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red de servicios sin costo para usted. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores dentro o fuera de la red cuando es difícil comunicarse con los proveedores de la red. Para obtener más detalles, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias: Cuando sea médicamente necesario, la cobertura incluye el tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas que requieren atención inmediata. Comuníquese con el plan antes de buscar atención siempre que sea posible, o tan pronto como sea razonablemente posible después, para asegurarse de que su atención esté cubierta.

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 Total no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid.

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por 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 Total no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid.

VNS Health Total 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 haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Tal como sucede con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada de los servicios cubiertos que recibe en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para 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 Total, 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 Total cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona VNS Health Total o 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)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos incluye sus servicios cubiertos como miembro de VNS Health Total. 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 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que recibe ayuda de Medicaid, no paga por la mayoría de los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas de nuestro plan para obtener la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de nuestro plan para recibir atención).

Sección 1.2 ¿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. Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto MOOP será de $0.**

Los montos que paga por los copagos para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por 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 $0, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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 Total. (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 y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- 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 ingresos a centros de atención de enfermería especializada.
  - Todos los procedimientos que se consideran experimentales o de investigación y que Medicare los requiera como servicios cubiertos.

- Todos los trasplantes y las evaluaciones para trasplantes
- Procedimientos reconstructivos que se pueden considerar estéticos.
- Todas las remisiones a proveedores no participantes.
- Las siguientes cirugías:
  - Cirugía bariátrica
  - Cirugía para cáncer de mama
  - Histerectomía
- Cirugía que pueda considerarse estética
- Procedimientos experimentales/de investigación
- Determinados servicios relacionados con estudios clínicos
- Servicios de enfermería y atención médica a domicilio.
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
- Servicios de radiología exclusivos como resonancias magnéticas (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías por emisión de positrones (PET)
- Equipo médico duradero exclusivo y dispositivos protésicos y ortopédicos.
- Servicios/procedimientos de infusión a domicilio seleccionados.
- Medicamentos exclusivos de la Parte B de Medicare.
- Transporte en ambulancia en situaciones que no sean de emergencia.
- Servicios fuera de la red (excepto en el caso de atención de emergencia).

- 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 sus costos compartidos por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de cuidado a largo plazo, basados en la comunidad y en el hogar, transporte y servicio de un auxiliar de atención médica a domicilio.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2027 (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.
- VNS Health Total es un plan integrado que les permite a las personas con doble elegibilidad inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Las personas inscritas en Medicaid Advantage Plus tienen derecho a recibir todos los servicios de Medicaid que normalmente recibirían con el plan State Medicaid Plan sin costos compartidos. Por lo tanto, cualquier servicio de Medicaid que no esté incluido en el paquete de beneficios combinado de Medicare y Medicaid Advantage Plus que ofrece el plan de salud sigue estando disponible para la persona inscrita cuando lo brinde cualquier proveedor inscrito en Medicaid en función del pago por servicio de Medicaid. La Tabla de beneficios médicos que figura más abajo describe lo que está cubierto por el plan.
- Si pierde su elegibilidad para el Programa New York State Medicaid, pero se espera que la recupere dentro de 3 meses, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan de Medicare Advantage durante este período de 3 meses. Si recupera la elegibilidad para Medicaid durante este período, su cobertura de Medicaid se restablecerá con base en la fecha de vigencia de su elegibilidad para Medicaid. Para obtener más información, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

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
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
    - Enfermedad gastrointestinal crónica
    - Enfermedad renal crónica (CKD)
    - 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
    - Postrasplante de órganos
    - Trastornos inmunosupresores
    - Afecciones asociadas al deterioro cognitivo
    - Afecciones con trastornos funcionales
    - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
    - Afecciones que requieren servicios de tratamiento continuos para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento

  - 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.
  - Como miembro de VNS Health Total, califica para recibir ayuda a través de los Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI). Si tiene una o más de las afecciones crónicas mencionadas, utilizaremos una evaluación de riesgos para la salud y un proceso de planificación de atención para comprender mejor sus necesidades y confirmar su elegibilidad conforme a las pautas de Medicare. Estos beneficios adicionales están diseñados para apoyar su salud y ayudar a que su vida diaria sea un poco más fácil.
- Para obtener más detalles, 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico*	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: 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 metastásicas, 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.	Copago de $0 por cada consulta cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)* **Requisitos para proveedores:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales vigentes. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables 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: • 55 consultas por año	Copago de $0 por cada consulta de rutina. No requiere autorización previa.

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.	Copago de $0 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. Copago de $0 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. 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 año calendario. **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.
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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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) • 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.	Copago de $0 por cada consulta a los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Copago de $0 por cada consulta a los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 los siguientes: • 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.
Servicios de atención quiropráctica* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación vertebral.	Copago de $0 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y elimina un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • 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. • 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • 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.	
Servicios dentales* En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, controles de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. 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 hay un monto máximo de cobertura del plan para los servicios dentales de diagnóstico y preventivos. Además, cubrimos lo siguiente: **Servicios dentales preventivos:** • exámenes orales ilimitados cada año • limpiezas ilimitadas cada año • tratamientos ilimitados con fluoruro cada año • radiografías ilimitadas cada año • 2 consultas cada año para otros servicios dentales de diagnóstico	Copago de $0 por los servicios dentales cubiertos por Medicare. No requiere autorización previa.* 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales* (continuación) **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	$3,500 de monto máximo de cobertura del plan 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. Cobertura adicional disponible en virtud de Medicaid según la necesidad médica. Es posible que se requiera autorización.*
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.	Copago de $0 por los monitores para la diabetes cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los suministros de monitoreo para la diabetes cubiertos por Medicare. Copago de $0 para calzado o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. 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/a proveedor/a 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.	Copago de $0 por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de Copago de $0, *cada* 36 meses. Su costo compartido no cambiará después de que haya estado inscrito durante 36 meses. Se requiere autorización previa.*
ECG después de la visita de “Bienvenido a Medicare” 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 visita de “Bienvenido a Medicare”.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 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 también está cubierta por los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo. Consulte la fila **Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo** para obtener más detalles.	Copago de $0 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de atención de emergencia en todo el mundo. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe siendo cubierta.
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: • Consultas domiciliarias de una enfermera para evaluar las necesidades de salud, sociales y de seguridad en el hogar • Ayuda para encontrar médicos y programar citas • Ayuda para tomar los medicamentos de la manera correcta • Conexiones con recursos comunitarios	Copago de $0 para mejorar los servicios de manejo de enfermedades.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficio de acondicionamiento físico Usted tiene cobertura para 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. 1-866-783-1444 (TTY: 711)	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) Su Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) le da hasta $318 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 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.**	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.
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	Cobertura máxima del plan de $2,000 ($1,000 por oído) cada 3 años. Copago de $0 por cada examen auditivo de rutina. Copago de $0 por cada consulta de adaptación/evaluación de audífonos. 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. 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	Copago de $0 por los servicios de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare. Puede requerir autorización previa.*
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 necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes que, de otra manera, no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	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 los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención médica a domicilio Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro 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 Total.

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 Total, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** VNS Health Total seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de 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/a 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 8 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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). 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 para desórdenes por el consumo de sustancias para pacientes internados.	Para las hospitalizaciones para pacientes internados cubiertas por Medicare, usted paga: Copago de $0 para los días 1 a 90 Puede requerir autorización previa.* 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.

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 Total ofrece servicios de trasplante en un centro fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este centro remoto, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • 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 autorizada 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.	Para las estadías de atención de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare, paga un copago de $0 para los días 1 a 90 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. • 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.	**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
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 28 comidas durante un período de 2 semanas y hasta 3 consultas para pacientes hospitalizados al 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.
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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	
La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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.
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 para trastornos por el uso 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos; 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** Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** Copago de $0 por los suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** Copago de $0 por los servicios 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	**Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología diagnóstica** Copago de $0 por los servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios para determinar si necesita ingresar como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Para que los servicios 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. **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).	Copago de $0 por servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. **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.	**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*. **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*.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos y productos biológicos que no se puede administrar usted mismo* Consulte la fila *Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*. Puede requerir autorización previa.*
Atención de la salud mental para pacientes externos* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: 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.	Copago de $0 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra. Copago de $0 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra. Copago de $0 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). Copago de $0 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (no psiquiatra). 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).	Copago de $0 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. 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. • 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.	Copago de $0 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios* **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente 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, paga un copago de $0. Para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, paga un copago de $0. Puede requerir autorización previa.*
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.	Copago de $0 por día para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare y servicios ambulatorios intensivos. Puede requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o atención médica necesarios brindados en lugares tales como: o Consultorio de un médico o Centro quirúrgico ambulatorio certificado o 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.	Copago de $0 por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta al especialista cubierta por Medicare. Por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeras practicantes y asistentes médicos), paga un copago de $0.

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. ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud.	Para los beneficios adicionales de telesalud, usted paga un copago de $0 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 **y** 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. • 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.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de podiatría* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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	Copago de $0 por cada consulta de servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare requieren autorización previa.* Copago de $0 por cada consulta de atención de podiatría de rutina. No requiere autorización previa.
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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 (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.	Copago de $0 para dispositivos ortésicos y protésicos cubiertos por Medicare. Copago de $0 para suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. Se requiere autorización previa.*
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen un pedido del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $0 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de 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.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. *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.	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 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. Copago de $0 por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

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: Copago de $0 para los días 1 a 100 Se requiere autorización previa.*

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.	
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 recibir apoyo adicional a través de la Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales). Los miembros elegibles pueden usar su asignación mensual para artículos comestibles aprobados, comidas y productos a domicilio, ciertos gastos de servicios públicos (electricidad, gas, Internet y teléfono) y gastos dentales, de audición y de la vista elegibles que excedan los límites de cobertura del plan. 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. Consulte el beneficio de la Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) para obtener más información. Los beneficios para comestibles y utilidades del hogar son parte de un beneficio complementario especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros califican. Dentro de las enfermedades crónicas se incluyen demencia, insuficiencia cardíaca, trastornos pulmonares, accidente cerebrovascular, diabetes y otras afecciones. La elegibilidad para este beneficio no puede garantizarse basándose solamente en su afección. Todos los requerimientos aplicables de elegibilidad deben cumplirse antes de que el beneficio se proporcione. Para más detalles, contáctenos.	

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.	Copago de $0 por cada consulta de SET cubierta por Medicare. 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 la fila **Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo** para obtener más detalles.	Copago de $0 por cada consulta cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. • 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.	**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.
Los beneficios adicionales incluyen: • Examen de la vista de rutina: 1 examen de rutina por año. • Otros exámenes de la vista: 1 examen de la vista de rutina adicional cada 2 años.	Copago de $0 por cada consulta de examen de la vista de rutina. Copago de $0 para otras consultas de examen de la vista.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) • Anteojos (lentes y marcos): 1 par cada 12 meses. • Lentes con cristales: 1 par cada año • Monturas para anteojos: 1 par cada año • Lentes de contacto: 1 par cada año El beneficio se limita a un par de anteojos o lentes de contacto, pero no para ambos.	Monto máximo de cobertura del plan de $350 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.
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*.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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. Copago de $0 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Copago de $0 por cada consulta de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de VNS Health Total

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por VNS Health Total

VNS Health Total es un plan de necesidades especiales integrado con doble elegibilidad que combina la cobertura de Medicare con los beneficios de Medicaid, incluidos los servicios adicionales de atención a largo plazo, y que está específicamente diseñado para los miembros que requieren un nivel de atención de un hogar de convalecencia. La siguiente tabla enumera los beneficios y los servicios adicionales de Medicaid disponibles para los miembros de VNS Health Total. En la mayoría de los casos, deberá usar su tarjeta de identificación (ID) de miembro de VNS Health Total para recibir los beneficios adicionales descritos en esta sección. Sin embargo, algunos de los beneficios descritos en esta sección solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de New York, y no por VNS Health Total. Deberá usar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de New York cuando acceda a los servicios que solo están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid del estado de New York.

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

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención médica de día para adultos Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición y sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares. Servicios proporcionados en SNF o extensiones aprobados.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios adultos ○ **Tratamiento diurno continuo (CDT):** Les brinda a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días por semana cuando las visitas duran más de una hora. ○ **Hospitalización parcial (PH):** Un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Atención de rehabilitación de salud mental para pacientes adultos ambulatorios ○ **Tratamiento asertivo comunitario (ACT):** ACT es un enfoque del equipo para el tratamiento, el apoyo y los servicios de rehabilitación. **Atención de rehabilitación de salud mental para pacientes adultos ambulatorios** ○ Muchos servicios los proporciona el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. ACT es para las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave o problemas emocionales.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
○ **Servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes externos de salud mental (MHOTRS):** Un programa que brinda tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica en su comunidad. ○ **Servicios orientados de recuperación personalizada (PROS)** Un programa completo de recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, el apoyo y la terapia para ayudar en su recuperación.	
Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes adultos ambulatorios que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE. ○ **Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE):** Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos de salud conductual móviles para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios de CORE están disponibles para los miembros que han sido identificados por el estado a medida que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede remitir o autorremitirse a los servicios CORE. **Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes adultos ambulatorios que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE.** ○ **Rehabilitación psicosocial (PSR):** Este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como forjar vínculos sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar la escuela o retomarla; y utilizar los recursos de la comunidad.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes adultos ambulatorios que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE. (continuación) ○ **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST):** Este servicio le ayuda a controlar los síntomas mediante el asesoramiento y el tratamiento clínico. ○ **Servicios de empoderamiento: apoyo de pares** Este servicio le pone en contacto con compañeros especialistas que han transitado la recuperación. Usted recibirá apoyo y asistencia para las siguientes situaciones: • aprender a vivir con los problemas de salud y ser independiente; • tomar decisiones sobre su propia recuperación; y • encontrar apoyo y recursos naturales. ○ **Capacitación y apoyo familiar (FST)** Este servicio proporciona a su familia y a amigos la información y las habilidades necesarias para ayudarle y apoyarle.	

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de crisis de salud mental para adultos ○ **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP):** Un programa basado en el hospital que brinda apoyo y camas de observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia. ○ **Servicios móviles para casos de crisis o atención telefónica de crisis:** Un servicio comunitario que responde a las personas que están atravesando una crisis de salud mental o de adicción. ○ **Programas residenciales para crisis:** Una residencia a corto plazo que brinda servicios durante las 24 horas del día hasta 28 días, para las personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.	Copago de $0 No requiere autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios para adicciones para pacientes adultos ambulatorios ○ **Los centros de tratamiento con opioides (OTP)** son sitios certificados por la OASAS donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica de OTP de por vida.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios residenciales para la adicción para adultos	
○ **Los servicios residenciales** son para personas que necesitan apoyo durante las 24 horas de su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos internados ○ **Los centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC)** brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También apoyan la planificación de atención poshospitalaria. Los tipos de servicios de tratamiento de la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para atender a hombres o mujeres, y mucho más. ○ **Los programas de rehabilitación de adicciones para pacientes internados** pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos por abuso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención de 24 horas, los 7 días de la semana, es decir, están supervisadas en todo momento por el personal médico. Los servicios para pacientes internados incluyen el manejo de síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias. ○ Los programas de desintoxicación para pacientes hospitalizados médicamente supervisados ofrecen tratamiento para pacientes internados para una extracción moderada e incluyen supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica en un plazo de veinticuatro (24) horas de ingreso y supervisión médica de afecciones de intoxicación y abstinencia.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicio de asistencia personal dirigida por el consumidor Un servicio especializado donde un miembro o una persona que actúa en nombre del miembro, denominada representante designado, autodirige y administra la atención personal del miembro y otros servicios autorizados. Los servicios incluyen asistencia parcial o total con la higiene personal, vestimenta y alimentación, asistencia para preparar comidas y tareas domésticas, además de tareas de un auxiliar de atención médica a domicilio y servicios de enfermería. Esto es proporcionado por un auxiliar personal elegido y dirigido por el miembro o un representante designado.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios dentales Un mínimo de dos chequeos por año, que incluyen radiografías y servicios de odontología restauradora, como empastes, coronas, tratamientos de conducto y extracciones. Si necesita servicios adicionales, como implantes, periodoncia o dentaduras postizas de reemplazo, necesitará una recomendación de su dentista para determinar si es médicamente necesario.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Comidas en comedores comunitarios y entregadas en domicilio Comidas proporcionadas en el hogar o en centros comunitarios; p. ej., centros para personas de edad avanzada para personas que no pueden preparar comidas o hacer que se las preparen.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios médico-sociales Evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Nutrición Evaluación de estado/necesidades nutricionales, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación nutricional, capacitación en el trabajo. Incluye consideraciones culturales.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios de atención personal Asistencia que sea médicamente necesaria para actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse, y tareas funcionales relacionadas con el apoyo nutricional y ambiental. Los servicios de atención personal requieren el pedido de un médico y aprobación previa, y deben ser médicamente necesarios.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios de respuesta ante emergencias personales (PERS) Dispositivo electrónico que les permite a las personas recibir ayuda en situaciones de emergencia física, emocional o ambiental.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Servicios privados de enfermería Este tipo de servicio brinda servicios de enfermería continuos en su hogar o lugar de residencia. Esto dependerá del plan de tratamiento escrito del médico que hace el pedido, el auxiliar médico registrado o el profesional de enfermería certificado. Los servicios de enfermería privada deben ser proporcionados por una persona que esté autorizada y esté actualmente registrada en el Departamento de Educación del estado de New York para ejercer como enfermero matriculado o auxiliar de enfermería autorizado.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios **adicionales de Medicaid** que tiene cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Apoyo social y ambiental Servicios y artículos para apoyar la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de empleada/tareas domésticas, mejoras en el hogar y cuidados paliativos.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.
Atención social de día Programa estructurado e integral que les brinda a las personas con discapacidad funcional socialización; supervisión y control; atención personal y nutrición en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero por períodos menores a las 24 horas. Los servicios adicionales pueden incluir, entre otros, mantenimiento y mejora de las capacidades para desenvolverse en el hogar, transporte, asistencia por parte de un cuidador y administración de casos y asistencia.	Copago de $0 Puede requerir autorización previa. Comuníquese con su Equipo de atención para obtener más información.

Servicios de Medicaid no cubiertos por VNS Health Total *Los siguientes beneficios y servicios no están cubiertos por VNS Health Total, pero están cubiertos por el método de pago por servicio de Medicaid. Para acceder a estos beneficios, deberá presentar su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de New York.	
Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes: o Tratamiento diurno o 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 se apela y se decide tras la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no 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 como 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).
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 no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada intermitente o de medio tiempo que sea médicamente necesaria.
Servicios de asistencia doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, por ejemplo, tareas domésticas livianas o preparación ligera de comidas	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 un centro de atención de enfermería especializada; por ejemplo, un teléfono o un televisor	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de un procedimiento de esterilización o suministros de anticonceptivos no recetados	Sin cobertura en ninguna circunstancia
Atención 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 los medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, cumple con los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos del plan de los medicamentos recetados. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D. 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 la Lista de medicamentos de VNS Health Total, 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 (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. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento recetado.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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.

VNS Health Total no está autorizado a reembolsar a los miembros los beneficios cubiertos por Medicaid. Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total cuando surta la receta. Puede solicitarnos un reembolso. (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 por la Parte D de Medicare.No tenemos medicamentos cubiertos por Medicaid en el formulario de VNS Health Total, 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). Para obtener más información sobre los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, pero que son medicamentos de venta libre elegibles, consulte el Catálogo de OTC y comestibles aquí: vnshealthplans.org/formulary. Para obtener una lista de los productos de venta libre que están cubiertos a través del beneficio de farmacia, visite: vnshealthplans.org/formulary.

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

Sección 3.2 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).

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/total-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/total-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.

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. (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 complementario al suministro temporal mencionado arriba.
- **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 para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado arriba.

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 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 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.**
- **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:

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

- 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 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 de peso 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 su medicamento.

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 Total 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).

SECCIÓN 11 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). Los pagos de TRICARE no cuentan para los costos que paga el afiliado de su bolsillo (costos reales que paga de su bolsillo [TrOOP]).
- **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 11.1 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 Total 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 de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población India Estadounidense y organizaciones benéficas. Guarde un registro de estos pagos y envíenoslos 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.

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

No paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos por nuestro plan.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan al plan directamente por los servicios y medicamentos cubiertos: no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por 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 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 ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o 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 el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el pago. 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 pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

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 por sus servicios.

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le demos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación, 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. 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. 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 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 la reclamación dentro de los 365 días** o un año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Parte C (reclamaciones médicas)
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 pagados a esta dirección:

Parte D (reclamaciones de medicamentos recetados)
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 que usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. 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 por la atención ni el medicamento. 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 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.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and Chinese, and 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), 7 days a week, 8 am – 8 pm (Oct. – Mar.) Weekdays 8 am – 8 pm (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 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. 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
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237
1-800-541-2831.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos 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 al Equipo de atención de su plan 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 Independent Consumer Advocacy Network (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:
    - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **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 utilice para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser respetados, tanto por usted como por nosotros.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso adecuado para usar 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. 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

- Puede llamar a la línea de asistencia de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY 711) de lunes a viernes, 8 am – 8 pm, y los sábados, 9 am – 1 pm.
- 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
- También puede visitar el sitio web del programa New York State Medicaid: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SECCIÓN 3 Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y obtiene ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. A esto se lo denomina proceso integrado porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, use un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para su problema

Si tiene un problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se coinciden con su situación. La siguiente información le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid.**

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

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos 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 plazos de espera, el servicio al cliente 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 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (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 de Seguros de Salud.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, será necesario que se designe como 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).
    - Para recibir atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su

nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

- Si su médico u otro proveedor de atención médica piden continuar el suministro de un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su médico u otra persona autorizada para recetar como su representante para que actúe en su nombre.
- Para los medicamentos 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 comenzar ni 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. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. Damos los detalles para cada situación:

- **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 un medicamento de la Parte D

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 de atención médica, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaba aprobada) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que reduciendo o interrumpiendo esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

   Nota: Si la cobertura que se 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 médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida se toma, generalmente, en un plazo de 72 horas para servicios médicos o en un plazo de 24 horas para los medicamentos de la Parte B.

- 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 funcional.*
- **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 podrá encontrar 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 más** si su solicitud es para un artículo 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 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 cree que *no* deberíamos tomar 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 rápida de cobertura, que figuran en la Sección 6.2.

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 podrá encontrar la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 podrá encontrar 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 solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya recibía, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de timbrado que figura en nuestra carta o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no forman parte de su apelación) sin cambios.

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. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
  - 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 rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2.
  - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

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.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le dirá cómo hacerlo. La información también se incluye a continuación.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 163 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

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 gratuita del expediente de su caso.**
- 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 le explicará las razones en las que se basó.

- **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:
  - Explicará su decisión.
  - Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para la atención médica alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que 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.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación 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** de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Solicite una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios generalmente cubiertos por Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono en un plazo de **120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de parte de nosotros le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

- Por teléfono: 1-800-342-3334
  (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y pedirle al operador que llame al 1-877-502-6155)
- Por fax: 518-473-6735
- Por Internet: http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp
- Por correo postal:
  NYS Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings Managed Care Hearing Unit
  P.O. Box 22023
  Albany, New York 12201-2023
- En persona:
  Para personas que no son residentes de la ciudad de New York:
  Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings
  40 North Pearl Street
  Albany, New York 12243

  Para residentes de la ciudad de New York:
  Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings
  5 Beaver Street
  New York, New York 10004

Después de solicitar una Audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso con la hora y el lugar de la audiencia. En la audiencia se le pedirá que explique por qué considera que esta decisión es incorrecta. Un funcionario de audiencias escuchará sus argumentos y los del plan y determinará si nuestra decisión fue incorrecta. Si el Estado deniega su solicitud de una audiencia imparcial de seguimiento rápido, le llamará y le enviará una carta. Si se deniega su solicitud para una audiencia imparcial de seguimiento rápido, el Estado procesará su audiencia imparcial en 90 días.

Si el Estado aprueba su solicitud de una Audiencia imparcial de seguimiento rápido, le llamará para darle la hora y la fecha de su audiencia. Todas las Audiencias imparciales de seguimiento rápido se llevarán a cabo por teléfono.

Para prepararse para la audiencia:

- **Le enviaremos una copia del "paquete de evidencia" antes de la audiencia.** Incluye la información que usamos para tomar nuestra decisión sobre sus servicios. Le proporcionaremos esta información al funcionario de audiencias para explicarle el motivo de nuestra decisión. Si no hubiera suficiente tiempo para enviárselas por correo postal, le llevaremos una copia del paquete de evidencia a la audiencia. Si no recibe el paquete de evidencia una semana antes de la audiencia, puede llamar al 1-866-783-1444 para solicitarlo.
- **Tiene derecho a ver el expediente de su caso y otros documentos.** El expediente de su caso contiene su historia clínica y puede tener más información sobre por qué se modificó o no se aprobó su servicio de atención médica. También puede solicitar ver las pautas y cualquier otro documento que hayamos utilizado para tomar esta decisión. Puede llamar al 1-866-783-1444 para ver el expediente de su caso y otros documentos, o para solicitar una copia gratuita. Solo se le enviarán copias por correo si usted desea que se las envíen por correo.
- **Tiene derecho a traer a una persona para que lo ayude en la audiencia,** como un abogado, un amigo, un pariente u otra persona. En la audiencia, usted o esta persona pueden darle algo por escrito al funcionario de audiencias, o simplemente pueden decir por qué la decisión fue incorrecta. También puede acudir con personas para que hablen a su favor. Usted o esta persona también pueden hacer preguntas a otras personas presentes en la audiencia.
- **Tiene derecho a presentar documentos para respaldar su caso.** Lleve una copia de cualquier documento que crea que ayudará en su caso, como cartas del médico, facturas de atención médica y recibos. Puede ser útil llevar a la audiencia una copia de este aviso y todas las páginas que lo acompañan.
- **Es posible que pueda obtener ayuda legal** llamando a la Sociedad de Ayuda Legal local o a un grupo de defensa. Para contactar a un abogado, consulte las páginas amarillas de "Abogados" o ingrese en www.LawhelpNY.org. En la ciudad de New York, llame al 311.

Apelaciones externas

Tiene otros derechos de apelación si anunciamos que el servicio que está solicitando:

1. No era médicamente necesario
2. Era experimental o de investigación

3. No era diferente de la atención médica que puede recibir en la red de servicios del plan
4. Estaba disponible a cargo de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades

Para estos tipos de decisiones, puede solicitarle al estado de New York (NYS) una apelación externa independiente. Esto se denomina apelación externa porque a la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan VNS Health Total ni el NYS. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el NYS. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o debe ser un tratamiento experimental, un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad extraña. No tiene que pagar por una Apelación externa.

Tiene **4 meses** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1 para solicitar una apelación externa. Si usted y VNS Health Total acuerdan omitir nuestro proceso de apelación, debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación externa. Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico. En la solicitud de apelación externa, se indica la información necesaria.

Las siguientes son algunas formas de obtener una solicitud de apelación externa:
- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Llámenos al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Se decidirá sobre su apelación externa en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de apelaciones externas solicita más información. Se informará a usted y a VNS Health Total sobre la decisión final dentro de los dos días posteriores a la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:
- Su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud
- Usted está hospitalizado después visitar la sala de emergencias y el plan le niega atención hospitalaria

Esto se denomina apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas.

Si solicitó más tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados al menos 24 horas antes de que le den el alta, continuaremos pagando su internación si:
- solicita una apelación de seguimiento rápido de Nivel 1 dentro de las 24 horas, **Y**
- solicita una apelación externa de seguimiento rápido al mismo tiempo.

Continuaremos pagando su internación hasta que se tome una decisión acerca de sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación de seguimiento rápido en un plazo de 24 horas. Se decidirá sobre su Apelación externa de seguimiento rápido en un plazo de 72 horas.

El revisor de la Apelación externa les informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Después, recibirá una carta con la decisión.

Puede solicitar una Audiencia imparcial y una Apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial **y** una apelación externa, la decisión del funcionario de audiencias imparciales será la única válida.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Imparciales le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión por parte de la Oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si se rechaza parte o la totalidad de lo que solicitó, puede presentar otra apelación

Si la decisión de la organización de revisión independiente o la Oficina de Audiencias Imparciales es rechazar una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

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

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura 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.

Pedir que le devuelvan algo que ya pagó

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenosla. **No pague la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor de atención médica directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si usted siguió las normas para obtener los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica de Medicare está cubierta, le enviaremos el pago del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

  Si la atención de Medicaid por la que pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos a su proveedor de atención médica el pago del costo dentro de los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

  Luego, deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelva el dinero. 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 30 días calendario después de recibida su apelación.
- 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. Algunos medicamentos requieren que obtenga 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.**
- Nos pide que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero con otro medicamento). **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 solicitar decisiones de cobertura y cómo pedir 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 2 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.**
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones.

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

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.

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 la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión 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).
- El uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o dañar su capacidad para desenvolverse.*

- **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 nuestro sitio web vnshealthplans.org. 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, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien 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

- 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 figuran en la Sección 7.4.

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 podrá encontrar la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-888-672-7205.** En el Capítulo 2 podrá encontrar 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. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- 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.

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 del Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial,** debemos 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 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 del 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 IRE. Le comunicaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- 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.**
- 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 72 de 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 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 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 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 cumple con 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 quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado mediador gestiona la apelación de Nivel 3. En la **Sección 10** se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si 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 a su 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 con usted le daremos un **Aviso detallado del alta.** Este aviso le da la fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando 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 finalizó su cobertura de atención médica.

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

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

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

Si la organización de revisión 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** 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 el 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: Presentar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

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

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Póngase en contacto con su Organización para la mejora de la calidad.

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 para 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 rechazan 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, 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. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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

Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones 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 mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede *concluir* o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones** (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 *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *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 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid cubre normalmente. En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Niveles 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 mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones** (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 *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *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 plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas 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 servicio al cliente. 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?

Queja	Ejemplo
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?
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 más que necesite hacer, su Equipo de atención 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 Total 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.
    - Nuestra decisión por escrito explicará por qué la denegamos y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su Equipo de atención de inmediato al 1-866-783-1444 (TTY: 711).** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.

- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario 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*, también 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 podrá encontrar 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 y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre VNS Health Total directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del estado de New York para hablar sobre su reclamo. Comuníquese con el Departamento de Salud:

- Teléfono: 1-866-712-7197
- Correo postal: New York State Department of Health
  Bureau of Consumer Services
  99 Washington Ave
  One Commerce Plaza 16th Fl
  Albany, NY 12210
- Correo electrónico: mltccomplaints@health.ny.gov

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 Total 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.**

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a 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 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 brindan más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y sobre la 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 & You 2027 (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	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en VNS Health Total 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 Total se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de medicamentos en el nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan separado de Medicare para medicamentos.	• **Envíenos 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 Total se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene cobertura acreditable de medicamentos durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si tiene el estado heredado de MLTC y cancela su inscripción en el programa MAP de VNS Health Total, debe transferirse directamente a otro plan de atención administrada a largo plazo, sin interrupción en la inscripción, para conservar su estado heredado.

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, 9 am – 1 pm. Pregunte cómo afectará inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare la forma en que recibe su cobertura del programa 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 Total, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar recibiendo sus productos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red 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 Total debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no califica para Medicaid, se le requerirá que cancele su membresía en VNS Health Total. Para el plan VNS Health Total, le proporcionamos al miembro 1 mes por considerar que continúa su elegibilidad.

- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días.
  - 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 cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

VNS Health Total no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si 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 del Cuidado de Salud 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 www.hhs.gov/ocr.

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 Total (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles. **VNS Health Total** 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 Total proporciona 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, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **VNS Health Total** al 1-866-783-1444.
(TTY: 711).

Si cree que **VNS Health Total** 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 un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. De las siguientes maneras:

- 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 reclamo 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 Total: vnshealthplans.org.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-783-1444 (TTY: 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-783-1444 (TTY711:).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-783-1444 (TTY : 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט-1 866-783-1444 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-783-1444 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Albanian

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711) ۔	Urdu

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), VNS Health Total, 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** **Planes de salud**
Comuníquese con nuestras líneas directas de Compliance 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** **Vicepresidenta sénior, jefa de cumplimiento y** **funcionaria de privacidad** Leah Griggs-Pauly Leah.GriggsPauly@vnshealth.org	

CAPÍTULO 12: Definiciones

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.

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.

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.

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**").

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**").

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.

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.

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.

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.

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

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

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 servicio al cliente. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelaciones.

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

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

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 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.

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 gastos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

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**.

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

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

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.

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.

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.

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

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

Costo de suministro: un cargo que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo de preparar y envolver el medicamento recetado.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): 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.

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

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

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento 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.

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.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted nos pide que no apliquemos los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA porque se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y por lo general es más económico.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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 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.

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.

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.

Reclamo integrado: 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.

Determinación integrada de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

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

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

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.

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

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos. Los montos que paga por las primas de 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. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.)

Medicaid (o asistencia médica): 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.

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.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período 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.

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**.

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

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare 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).

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.

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.

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).

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).

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.

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**.

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.

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.

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 la salud 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.

Farmacia fuera de la red: 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.

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.

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.

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

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para 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.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

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

Multa por inscripción tardía de la Parte D: 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.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron atender 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).

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.

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.

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, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de ver a otro proveedor de atención primaria.

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.

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.

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

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

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información sobre los beneficios y del formulario completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para los inscritos. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que 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 de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

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

Área de 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 en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Plan de necesidades especiales: 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.

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.

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

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable 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.

CAPÍTULO 13:
Bienvenido a Medicaid Advantage Plus de VNS Health Total

ÍNDICE

Sección I: AYUDA DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN 232

Sección II: ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA MAP 232

Sección III: SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MAP DE VNS HEALTH TOTAL..... 237

SECCIÓN IV: SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN 251

Sección V: AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y PROCESOS DE QUEJAS 253

Sección 1: Solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura) 253

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocida como Apelación de nivel del plan) 258

Sección 3: Apelaciones externas para Medicaid solamente..... 260

Sección 4: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan 262

SECCIÓN VI: CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP 265

Sección VII: COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA..... 267

Sección VIII: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 267

BIENVENIDO AL PROGRAMA MEDICAID ADVANTAGE PLUS DE VNS HEALTH TOTAL

Bienvenido al programa Medicaid Advantage Plus (MAP) de VNS Health Total. El programa MAP está diseñado para personas que tienen Medicare y Medicaid, y que necesitan servicios médicos y servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) como atención en el hogar y atención personal para permanecer en sus hogares y comunidades el mayor tiempo posible.

Este manual le brinda información sobre los beneficios agregados que *VNS Health Total* cubre desde que usted se inscribe en el programa MAP de *VNS Health Total.* También le indica cómo solicitar un servicio, presentar una queja o cancelar su inscripción en el programa MAP de VNS Health Total. Los beneficios que se describen en este manual se suman a los beneficios de Medicare que se describen en la *Evidencia de cobertura* de Medicare de VNS Health Total. Conserve este manual, junto con la *Evidencia de cobertura* de Medicare de VNS Health Total. Necesita saber qué servicios tienen cobertura y qué debe hacer para obtenerlos.

SECCIÓN I: AYUDA DE SU EQUIPO DE ATENCIÓN

Puede llamarnos en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, a los números de su Equipo de atención que se indican a continuación.

Una persona de su Equipo de atención podrá ayudarle:
los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (de octubre a marzo)
lunes – viernes, 8 am – 8 pm (de abril a septiembre).

Llámenos a la línea gratuita 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Además, si necesita ayuda, hay personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Puede comunicarse con ellos llamando al mismo número de teléfono.

Llámenos si necesita este documento en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de manera gratuita.

SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA MAP

MAP es un programa para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Usted es elegible para inscribirse en el programa MAP si cumple con **todos** los siguientes requisitos:

1) Es mayor de 18 años
2) Reside en el área de servicio del plan, que incluye los condados de Albany, Bronx, 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 New York
3) Tiene Medicaid
4) Tiene evidencia de cobertura de la Parte A y B de Medicare

5) Está inscrito en un plan dual de necesidades especiales de Medicare Advantage de VNS Health Total
6) Es capaz, al momento de la inscripción, de volver o permanecer en su hogar o comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, o lo colocan permanentemente en una residencia de ancianos
7) Se espera que necesite al menos uno de los siguientes servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) cubiertos por el MAP durante más de 120 días desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción:
   a. Servicios de enfermería en el hogar
   b. Terapias en el hogar
   c. Servicios de un asistente de atención médica en el hogar
   d. Servicios de cuidado personal (PCS) en el hogar (Nivel 2)*
   e. Atención médica de día para adultos
   f. Servicios privados de enfermería
   g. Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
8) Requisitos de necesidades mínimas: Para los nuevos afiliados, a partir del 1 de septiembre de 2025, los criterios de elegibilidad del programa de MLTC para unirse a un plan de Medicaid Advantage Plus (MAP) requieren que se evalúe si una persona necesita servicios y asistencia de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTSS) durante más de 120 días y las siguientes necesidades mínimas:
   - Al menos, asistencia limitada con las maniobras físicas con más de 2 actividades de la vida diaria (ADL).
   - O bien, si es una persona con un diagnóstico de demencia o Alzheimer, tener una evaluación de necesidad de, al menos, supervisión con más de una ADL.

   Si se inscribió en cualquier plan de MLTC antes del 1 de septiembre de 2025, no estará sujeto a los nuevos requisitos de necesidades mínimas en la reevaluación, siempre y cuando permanezca inscrito de manera continuada en cualquier plan de MLTC. Si abandona el programa de MLTC y desea volver a unirse, deberá cumplir con los criterios de elegibilidad vigentes para la inscripción en MLTC en el momento en que se reincorpore.
9) Está inscrito en **un plan dual de necesidades especiales de Medicare Advantage de VNS Health Total**.

*El Nivel 2 requiere asistencia física con las actividades de la vida diaria. Los servicios como la limpieza y las compras no satisfacen la necesidad de servicios de nivel 2. Hay más información disponible en el Título 18 – 505.14.

Usted debe elegir uno de los médicos del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Si luego decide cambiar su plan de Medicare, también deberá dejar VNS Health Total.

La cobertura que se explica en este manual tiene vigencia en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el programa MAP de VNS Health Total. La inscripción en el programa MAP es voluntaria.

Programa de asesor independiente de New York (NYIAP): Proceso de evaluación inicial

El NYIAP llevará a cabo una evaluación inicial para las personas que han expresado interés en inscribirse en un plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo. El proceso de evaluación inicial incluye completar lo siguiente:

- ***Evaluación de salud comunitaria (CHA)***: La CHA se utiliza para determinar si necesita servicios de atención personal (PCS) o servicios de asistencia personal dirigida (CDPAS) y si es elegible para inscribirse en un plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo (MLTC).
- ***Cita clínica y pedido del profesional (PO)***: El PO documenta su cita clínica e indica que:
  - Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria.
  - su afección médica es estable, por lo que puede recibir PCS o CDPAS en su hogar.

El NYIAP programará la cita clínica y la CHA. Un enfermero matriculado capacitado (RN) completará la CHA. Luego de esta evaluación, un médico clínico del NYIAP concertará una cita clínica y hará un PO unos días más tarde.

Anualmente, usted, un afiliado de MLTC, será reevaluado por VNS Health Total para garantizar que sus necesidades aún cumplan con los requisitos de elegibilidad del programa MLTC.

VNS Health Total usará los resultados de la CHA y el PO para determinar qué tipo de ayuda necesita y diseñar su plan de atención. Si en su plan de atención se proponen PCS o CDPAS que excedan un promedio de doce (12) horas por día, se necesitará una revisión individual del Panel de Revisión (IRP) del NYIAP. El IRP es un panel de médicos profesionales que revisará su CHA, PO, plan de atención y cualquier otra documentación médica necesaria. Si se necesita más información, una persona del panel lo examinará o hablará sobre sus necesidades con usted. El IRP le informará a VNS Health Total si el plan de atención cubre sus necesidades.

Una vez que el NYIAP haya completado los pasos de la evaluación inicial y determinado que usted es elegible para el MLTC, puede elegir en qué plan de Cuidado de salud administrado a largo plazo inscribirse. Debido a que también está inscrito en Medicare para este mismo plan, usted ha elegido combinar sus beneficios e inscribirse en VNS Health Total.

Si elige VNS Health Total como su plan, un enfermero certificado hará una evaluación, ya sea virtualmente o al ir a su hogar en persona, para determinar los servicios que se le proporcionarán según sus necesidades. Se le solicitará que firme una solicitud y acuerdo de inscripción. Si cambia de parecer y decide no inscribirse en el plan, debe retirar su solicitud antes del mediodía del día 20 del mes anterior a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción. Si el día 20 es fin de semana, el plazo será antes del mediodía del viernes inmediatamente antes de ese fin de semana.

En la mayoría de los casos, se convertirá en miembro de VNS Health Total el primer día del mes posterior al que firma la solicitud y el acuerdo de inscripción. Confirmaremos la fecha de inscripción efectiva por teléfono lo antes posible; por lo general, unos días antes de que comience su membresía. Una vez que sea miembro, su equipo de administración de atención se asegurará de que reciba todos los servicios que se indican en su plan de atención inicial.

Su equipo de atención le entregará otros documentos importantes, incluido el *Directorio de proveedores y farmacias* y el Formulario de medicamentos recetados. Además, recibirá su tarjeta de identificación de miembro por correo. Utilice esta tarjeta de identificación cada vez que necesite servicios cubiertos por VNS Health Total.

New York Medicaid Choice o el Departamento de Servicios Sociales local deben verificar la elegibilidad para Medicaid antes de su inscripción en VNS Health Total.

Además de los criterios enumerados al comienzo de este capítulo, su inscripción en VNS Health Total se cancelará en las siguientes circunstancias:

- Actualmente, recibe atención en un hospital o un centro residencial que opera la Oficina Estatal de Salud Mental, la Oficina de Servicios por Alcoholismo y Abuso de Sustancias o la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD).
- Usted ya está inscrito en otro programa de atención administrada de Medicaid, un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, un programa de tratamiento diurno patrocinado por la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo. Si finaliza su participación en estos programas, puede ser tenido en cuenta para inscribirse en VNS Health Total.
- Cancelaron su inscripción de VNS Health de manera *involuntaria* en el pasado, y la situación que motivó la cancelación de su inscripción no se ha resuelto.
- No cumple los criterios de elegibilidad descritos en la página 203.

Tenga presente que VNS Health Total no discrimina sobre la base del estado de salud o la modificación del estado de salud, ni la necesidad o el costo de los servicios cubiertos.

Denegación del proceso de inscripción: Si VNS Health Total recibe un aviso de denegación de CMS, usted recibiría una notificación de denegación de nuestra parte en un plazo de 10 días calendario. Para corresponder la denegación, VNS Health Total enviaría una cancelación a la Administración de Recursos Humanos (HRA) con prueba de denegación de CMS. Si VNS Health Total recibe una notificación de denegación de los Departamentos Locales de Servicios Sociales (LDSS), le enviaremos una cancelación a CMS con notificación de LDSS como prueba.

VNS Health Total les pagará la totalidad a los proveedores de la red de servicios directamente por cada servicio autorizado y que le sea proporcionado, sin copago ni costo para usted. Si recibe una factura por los servicios cubiertos autorizados por VNS Health Total, usted no es responsable de pagarla. Comuníquese con su administrador de atención. Es posible que deba pagar los servicios cubiertos que no fueron autorizados por VNS Health Total, o los servicios cubiertos que se obtienen de proveedores fuera de la red de servicios de VNS Health Total.

VNS Health Total le informará cuando su PCP deje de formar parte de la red de servicios y lo ayudará a elegir otro PCP, de manera que pueda continuar recibiendo los servicios cubiertos. Si se encuentra en tratamiento por una lesión o enfermedad específica, hable con su equipo de atención sobre la atención de transición. En algunos casos, es posible que pueda ser elegible para un período de transición de 90 días para continuar recibiendo los servicios del médico que abandona la red de servicios de VNS Health Total hasta que complete su tratamiento en curso actual.

En ocasiones, un especialista, una clínica, un hospital u otro proveedor de la red de servicios que esté utilizando podrían abandonar la red de servicios del plan. Si su proveedor de la red de servicios abandona el plan, usted deberá cambiarse a otro proveedor que sea parte de nuestro plan. No bien recibamos la notificación de que su PCP u otro proveedor ya no pertenecen a la red de servicios, nos comunicaremos con usted para notificarle este cambio. Si su PCP abandonó la red de servicios, debe elegir otro PCP. Si elige no hacerlo, se le asignará un PCP nuevo. Su equipo de atención puede ayudarlo a elegir otro PCP y proveedor dentro de la red de servicios.

Tarjeta de identificación de miembro del plan

Recibirá su tarjeta de identificación (ID) de VNS Health Total dentro de los catorce (14) días hábiles de la fecha efectiva de su inscripción. Verifique que toda la información de la tarjeta sea correcta. Asegúrese de llevar la tarjeta de identificación siempre consigo, junto con la tarjeta de Medicaid. Si pierde o le roban la tarjeta, comuníquese con su Equipo de atención de VNS Health Total al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Estándares para las citas de Salud Conductual

Use la siguiente lista como **los estándares de citas para saber nuestros límites sobre cuánto tiempo puede tener que esperar después de su solicitud de una cita de salud conductual**:

- Cita inicial con un centro o clínica para pacientes ambulatorios: 10 días hábiles
- Cita inicial con un profesional de atención de la salud conductual que no trabaja ni tiene contrato con un centro o clínica para pacientes ambulatorios: 10 días hábiles
- Cita de seguimiento después de una visita a la sala de emergencias (ER) por motivos de salud mental o abuso de sustancias o como paciente hospitalizado: 5 días hábiles
- Visita no urgente por motivos de salud mental o abuso de sustancias: 5 días hábiles

Si no puede programar una cita de salud conductual dentro de los tiempos de espera de la cita indicados anteriormente, usted o la persona que designe pueden presentar una queja de acceso a VNS Health Total por teléfono, 1-866-783-1444, y por escrito a VNS Health Total, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017 para resolver este problema.

Si no podemos encontrar un proveedor participante del plan que pueda tratar su afección de salud conductual, puede recibir una remisión a un proveedor calificado fuera de la red que sí pueda hacerlo.

Queja de acceso a la salud conductual

Si no puede programar una cita de salud conductual y presenta una queja de acceso a la salud conductual, VNS Health Total debe proporcionarle el nombre y la información de contacto de un proveedor que pueda tratar su afección de salud conductual. VNS Health Total debe proporcionar esta información dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la recepción de su queja.

SECCIÓN III: SERVICIOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA MAP DE VNS HEALTH TOTAL

Deducibles y copagos en los servicios cubiertos por Medicare

Muchos de los servicios que usted recibe, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, visitas al médico, servicios de emergencia y análisis de laboratorio, están cubiertos por Medicare y se describen en la Evidencia de cobertura de Medicare de *VNS Health Total.* El Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total explica las normas para acudir a proveedores del plan y recibir atención en caso de una emergencia médica o de situaciones de atención de urgencia. Algunos servicios tienen deducibles y copagos. Estos montos se muestran en la Tabla de beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total en la columna “Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios cubiertos”. Dado que se inscribió en VNS Health Total y que tiene Medicaid, VNS Health Total pagará estos montos por usted. No tiene que pagar estos deducibles y copagos, excepto los que se aplican a algunos artículos de farmacia.

Si existe una prima mensual para los beneficios (consulte el capítulo 1 de la Evidencia de cobertura de Medicare de VNS Health Total), no tendrá que pagar dicha prima, ya que tiene Medicaid. También cubriremos muchos servicios que no están cubiertos por Medicare, pero están cubiertos por Medicaid. Las siguientes secciones explican qué está cubierto.

Servicios de administración de la atención

Como miembro de nuestro plan, usted obtendrá servicios de administración de la atención. Nuestro plan le brindará un administrador de la atención que es un profesional de atención médica (generalmente un enfermero o asistente social). Su administrador de atención trabajará con usted y su médico para decidir los servicios que necesita y desarrollar un plan de atención. Su administrador de atención también concertará citas para los servicios que usted necesita y coordinará el transporte hacia dichos servicios. Puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta, inquietud o si necesita servicios adicionales, etc. Su equipo de atención está disponible por teléfono para ayudarlo a administrar sus enfermedades y otras necesidades de salud. Un enfermero matriculado (RN), que es miembro de su equipo de atención, lo visitará de forma periódica para realizar una evaluación de sus necesidades de atención médica y para trabajar con usted a fin de desarrollar un plan de atención.

Además, si necesita ayuda, hay personal de enfermería disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Llámenos a la línea gratuita 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Servicios adicionales cubiertos

Dado que usted tiene Medicaid y cumple con los requisitos para el programa MAP, nuestro plan hará los arreglos y pagará los servicios médicos y sociales adicionales que se describen a continuación. Puede recibir estos servicios siempre que sean médicamente necesarios. Su administrador de atención ayudará a identificar los servicios y los proveedores que necesite. En algunos casos, podría necesitar una remisión o una orden del médico para obtener estos servicios. Debe obtener estos servicios de los proveedores que se encuentren en la red de servicios de VNS Health Total. Si no puede encontrar un proveedor en nuestro plan o tiene preguntas sobre cómo obtener los servicios cuando los necesita, comuníquese con su Equipo de atención.

- *Atención médica de día para adultos*
- *Audiología*
- *Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor*
- *Servicios dentales*
- *Equipo médico duradero*
- *Transporte de emergencia*
- *Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como en un centro de atención diurno*
- *Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare que incluyen enfermería, asistente de atención médica en el hogar, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.*
- *Atención psiquiátrica para pacientes internados que supere el límite de por vida de 190 días de Medicare:* VNS Health Total incluye servicios de atención psiquiátrica que requieren una hospitalización. Medicaid cubre el deducible y el costo de los días que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare. No existe un límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Usted tiene cobertura para hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto) sin deducible ni copago.
- *Servicios médico-sociales*
- *Suministros médicos*
- *Atención en residencias de ancianos no cubierta por Medicare (siempre que sea elegible para Medicaid institucional)*

- La atención en un hogar de convalecencia está cubierta para las personas que se consideran adecuadas para residir permanentemente en un hogar de convalecencia, siempre y cuando sean elegibles para la cobertura de Medicaid institucional.

- *Nutrición*
  - Bajo ciertas condiciones, los adultos con VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con el VIH, u otra enfermedad o condición, pueden ser elegibles para recibir nutrición oral adicional
  - La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias de metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos modificados de alimentos sólidos con bajo contenido de proteínas o con proteínas modificadas.
- *Optometría*
- *Rehabilitación para pacientes ambulatorios*
- *Atención personal (como asistencia para bañarse, alimentarse, vestirse, usar el baño y caminar)*: VNS Health Total coordinará la prestación de atención personal para ayudarlo con actividades tales como higiene personal, vestimenta y alimentación, y apoyo en el entorno hogareño. La atención personal debe ser médicamente necesaria. Se requiere autorización previa.
  - *Programa de asistencia personal dirigido por el consumidor*
    - **Intermediario fiscal estatal**

      A partir del 1 de abril de 2025, los miembros deben comunicarse con Public Partnerships Ltd. (PPL) para registrarse

      Public Partnerships Ltd. (PPL)
      Centro de ayuda: 1-833-247-5346 o (TTY: 1-833-204-9042).
      Sitio web: pplfirst.com/cdpap
- *Sistema personal de respuesta ante emergencias*
- *Servicios privados de enfermería*
- *Prótesis y aparatos ortopédicos*
- *Atención social de día*
- *Apoyo social/ambiental (como servicios de tareas domésticas, modificaciones en el hogar o relevo)*
- *Rehabilitación para pacientes ambulatorios*
  - **Fisioterapia:** cubre la evaluación y el tratamiento para lesiones y enfermedades que pueden cambiar su capacidad para funcionar o para mantener la función actual o retrasar la disminución, cuando su médico u otro

proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.

- **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para ayudarlo a realizar las actividades diarias (como vestirse o bañarse) para mantener las capacidades actuales o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.
- **Terapia ocupacional:** cubre la evaluación y el tratamiento para recuperar y fortalecer las habilidades del habla y del lenguaje, incluidas las habilidades cognitivas y de ingestión, para mantener la función actual o retrasar la disminución cuando su médico u otro proveedor de atención médica certifican que la necesita. Puede requerirse autorización previa.

- **Atención personal** (como asistencia para bañarse, alimentarse, vestirse, usar el baño y caminar): coordinaremos la prestación de atención personal para ayudarlo con higiene personal, vestimenta y alimentación, y apoyo en el entorno hogareño. La atención personal debe ser médicamente necesaria. Se requiere autorización previa.
- **Servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare** que incluyen enfermería, asistente de atención médica en el hogar, terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla. VNS Health Total coordina la prestación de servicios de atención a domicilio, incluida la atención de enfermeros, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Estos servicios son proporcionados para ayudar a mantener, rehabilitar, guiar o brindar apoyo a su salud. El personal brinda estos servicios según un plan de atención que su médico aprueba, y todos los servicios son proporcionados en su hogar. Se requiere autorización previa.
- **Nutrición:** VNS Health Total puede brindar servicios de nutrición de un dietista registrado que evaluará sus necesidades nutricionales y hará las recomendaciones para garantizar que su dieta sea consistente con sus necesidades médicas y personales. Se requiere autorización previa.
- **Servicios médicos y sociales:** evaluación, organización y prestación de asistencia médicamente necesarias por problemas sociales relacionados con mantener a una persona en su hogar. Se requiere autorización previa.
- **Comidas a domicilio o comidas en un entorno grupal, como asistencia diurna:** VNS Health Total puede entregarle comidas a domicilio o en lugares de congregación según su plan de atención. Por lo general se proveen una o dos comidas por día a los individuos que no son capaces de prepararse la comida por sí mismos y a quienes no pueden acceder a servicios de cuidados personalizados para que los asistan con la preparación de sus alimentos. Se requiere autorización previa.

- **Asistencia social diurna:** la asistencia social diurna es un programa estructurado que le brinda oportunidades de socialización, atención personal y nutrición en un entorno de protección. Usted también puede recibir servicios tales como mejoras en su capacidad para desenvolverse en la vida diaria, transporte y asistencia por parte de un cuidador. En caso de estar interesado, su administrador de atención puede hacer los arreglos necesarios para que asista a un centro social diurno. Se requiere autorización previa.
- **Transporte que no sea de emergencia**: este servicio será coordinado por el Agente de Transporte Estatal del Departamento de Salud del estado de New York, conocido como Medical Answering Services (MAS). Para coordinar el transporte médico que no sea de emergencia, llame al 844-666-6270 (sur) o 866-932-7740 (norte), lunes – viernes, 7 am – 6 pm. Si es posible, usted o su proveedor médico deben comunicarse con MAS al menos tres días antes de la cita médica y proporcionar los detalles de la cita (fecha, hora, dirección y nombre del proveedor) y su número de identificación de Medicaid.

  Para conocer más sobre estos servicios, consulte el sitio web del Departamento de Transporte de Salud: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/medtrans_overview.htm.

- **Servicios de enfermería privada:** enfermeros matriculados o auxiliares de enfermería autorizados le brindan servicios privados de enfermería continuos en su hogar. Puede requerirse autorización previa.
- **Servicios dentales:** después de inscribirse en VNS Health Total, recibirá su atención dental de la red de servicios dentales para VNS Health Total. Su tarjeta de identificación de miembro es aceptada por cientos de dentistas completamente calificados en los condados de Albany, Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Rensselaer, Richmond, Schenectady, Suffolk y Westchester. Todos los servicios dentales son proporcionados a través de esta red de servicios y usted puede seleccionar a cualquier odontólogo que figure en el *Directorio de proveedores y farmacias* para que lo atienda. Su administrador de atención o su equipo de atención pueden ayudarlo a seleccionar un odontólogo o programar una cita, si lo desea. Como parte de su beneficio dental, tiene derecho a chequeos ilimitados y 2 servicios integrales anuales, que incluyen radiografías y servicios de restauración, como empastes, coronas, tratamientos de conducto y extracciones. Si necesita dentaduras postizas e implantes de reemplazo, deberá contar con una recomendación de su dentista para determinar si son médicamente necesarios.
- **Apoyo social y ambiental** (como servicios de tareas domésticas, modificaciones del hogar o relevo): en el caso de que los necesite, VNS Health Total puede brindarle servicios y artículos de soporte social y ambiental que respaldan sus necesidades médicas y están incluidos en su plan de atención. Estos insumos y servicios incluyen,

sin limitación alguna, lo siguiente: tareas de mantenimiento en el hogar, servicios de ama de casa/quehaceres domésticos, control de plagas, modificaciones en el hogar para mejorar su seguridad y cuidados paliativos. Se requiere autorización previa.

- **Sistema de respuesta ante emergencias personales:** PERS es un dispositivo electrónico que permite a los miembros recibir ayuda en caso de tener una emergencia (incluida una emergencia física, emocional o ambiental). Dichos sistemas generalmente están conectados al teléfono del miembro y emiten una señal a un centro de respuesta cuando se activa un botón de “ayuda”. En caso de una emergencia, nuestro centro de respuesta contratado recibe la señal y responde de manera apropiada. Se requiere autorización previa.
- **Atención médica diurna para adultos:** VNS Health Total puede hacer los arreglos para que reciba atención médica de día para adultos en un centro de atención médica residencial o lugar aprobado por el estado que esté supervisado por un médico. Los servicios proporcionados como atención médica diurna para adultos incluyen servicios médicos, de enfermería, alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades para tiempo de ocio, dentales, farmacéuticos y otros servicios. No puede estar confinado en su hogar y requiere ciertos servicios preventivos o terapéuticos para poder asistir a un centro de atención médica diurna para adultos. Se requiere autorización previa.
- **Atención en hogares de convalecencia no cubierta por Medicare (siempre y cuando sea elegible para Medicaid institucional):** si bien hacemos lo mejor para satisfacer sus necesidades en el hogar, podría haber ocasiones en las que sería más apropiado que reciba atención en un hogar de convalecencia. La admisión en uno de nuestros hogares de convalecencia participantes es individual. La decisión de recibir atención en un hogar de convalecencia debe ser tomada por usted, su médico, su familia y su administrador de atención. Existen dos tipos de estancias en hogar de convalecencia. Son estancias de corto plazo o de rehabilitación después de una hospitalización y estancias de largo plazo para atención continua. No se requiere hospitalización previa.
- **Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados que supere el límite de por vida de 190 días de Medicare:** VNS Health Total incluye servicios de atención psiquiátrica que requieren una hospitalización. Medicaid cubre el deducible y el costo de los días que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare. No existe un límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización. Usted tiene cobertura para hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto) sin deducible ni copago.
- **Audiología:** servicios y productos de audiología de Medicare y Medicaid cuando sean médicamente necesarios para tratar una discapacidad causada por la pérdida o la disminución de la audición. Los servicios incluyen selección, ajuste y suministro de audífonos, controles de audífonos después del suministro, evaluaciones de

conformidad y reparaciones de audífonos, servicios de audiología, incluidos exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos, y productos auditivos, incluidos audífonos, moldes auditivos, ajustes especiales y piezas de reemplazo. No se requiere autorización previa.

- **Equipamiento médico duradero (DME):** Medicare y Medicaid cubren el equipamiento médico duradero, incluidos dispositivos y demás equipos diferentes de los suministros de prótesis o dispositivos ortésicos, que tienen las siguientes características: pueden resistir el uso repetido por un período extendido, son utilizados principal y habitualmente con fines médicos, no son útiles en general para una persona que no padece enfermedad o lesiones, y están generalmente adaptados, diseñados o hechos a medida para el uso por parte de un individuo en particular. Deben ser solicitados por un médico habilitado. No existe prerrequisito de convalecencia en el hogar o invalidez, e incluye el DME no cubierto por Medicare cubierto por Medicaid (tal como banco para la ducha, barras de soporte, etc.). Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales/parenterales y suplementos, y baterías para audífonos. Se requiere autorización previa.
- **Suministros médicos:** artículos para uso médico que no sean medicamentos, aparatos ortésicos y protésicos, equipo médico duradero o calzado ortopédico que fueron indicados por un médico en el tratamiento de una afección médica específica y que suelen ser: consumibles, de un solo uso, desechables, para un propósito específico en lugar de secundario y generalmente no tienen valor rescatable. Se requiere autorización previa.
- **Dispositivos ortésicos y protésicos:** prótesis, férulas y calzado ortopédico cubiertos por Medicare y Medicaid. No existen requisitos previos relacionados con la diabetes para los dispositivos ortopédicos.
- **Optometría:** servicios oftalmológicos cubiertos por Medicare y Medicaid, incluida la optometría.
- **Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor** (CDPAS): es un modelo de atención en el hogar autodirigido disponible para los consumidores elegibles para Medicaid que tienen una enfermedad crónica o una discapacidad física y necesitan servicios de atención en el hogar. Los consumidores que necesitan atención personal, asistente de atención médica a domicilio o servicios de enfermería especializada podrían recibir estos servicios de un asistente de atención personal dirigida por el consumidor bajo la dirección de la persona inscrita o un representante designado por la persona inscrita. Su administrador de atención puede ayudar a determinar el nivel de asistencia con los servicios de atención personalizada, servicios de un asistente de atención médica en el hogar o servicios de enfermería especializada que usted es elegible para recibir. Para averiguar más acerca de CDPAS y determinar si es correcto para usted, hable con su Administrador de la atención. Se requiere autorización previa.

Pruebas de detección y servicios de necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)

A partir del **1 de enero de 2025**, puede realizarse pruebas de detección y recibir derivaciones a servicios locales, estatales y federales existentes a través de las Redes regionales de atención social (SCN). Si usted es elegible, estos grupos locales pueden ponerlo en contacto con servicios en su comunidad que lo ayudan con la vivienda, el transporte, la educación, el empleo y la administración de la atención sin costo alguno para usted.

- Después de la evaluación de la SCN, usted y cualquier miembro interesado de su hogar pueden reunirse con un Navegador de la atención social para confirmar la elegibilidad para los servicios que pueden ayudarle con la salud y el bienestar individual. Es posible que le pidan a usted o a los miembros de su hogar documentación de respaldo para determinar si necesitan apoyo adicional.
- Si usted o algún miembro de su hogar califica para recibir servicios, el Navegador de la atención social puede trabajar con usted para que obtenga el apoyo necesario. Puede calificar para más de un servicio, dependiendo de la elegibilidad individual. Estos servicios incluyen lo siguiente:
    - Apoyo con la vivienda y las utilidades del hogar:
        - Instalación de modificaciones en el hogar como rampas, barandillas, barras de apoyo, senderos, abrepuertas eléctricos, ampliación de puertas, manijas de puertas y gabinetes, instalaciones del baño, gabinete de cocina o fregaderos y superficies antideslizantes para que su hogar sea accesible y seguro.
        - Servicios de saneamiento de moho, plagas y tratamiento del asma.
        - Proporcionar un aire acondicionado, calentador, humidificador o deshumidificador para ayudar a mejorar la ventilación en su hogar.
        - Provisión de pequeñas unidades de refrigeración necesarias para el tratamiento médico.
        - Ayuda para encontrar y solicitar una vivienda segura y estable en la comunidad, que puede incluir asistencia con el alquiler y las utilidades del hogar.

NOTA: Algunos servicios de vivienda pueden estar cubiertos por su plan. Por lo tanto, algunos servicios de vivienda requerirán la coordinación entre el Navegador de la atención social y el administrador de atención de su plan de salud.

- Servicios de transporte:
  - Ayudarle con el acceso al transporte público o privado hacia lugares aprobados por la SCN, tales como: acudir a una entrevista de trabajo, a clases sobre crianza, al tribunal de viviendas para evitar el desalojo, a mercados de agricultores locales y a las oficinas del departamento de la ciudad o del estado para obtener documentos importantes.
- Servicios de administración de la atención:
  - Obtener ayuda para encontrar un trabajo o un programa de capacitación laboral, solicitar beneficios públicos, administrar sus finanzas y más.
  - Conectarse con servicios como cuidado infantil, asesoramiento, intervención ante crisis, programa de hogares saludables y más.

Cómo ponerse en contacto con un SCN en su área:

1. Puede llamar a Servicios para Miembros del plan de salud al 1-866-783-1444 (TTY: 711) y lo conectaremos con un SCN en su área.
2. Puede llamar al SCN de su condado y solicitar una evaluación o más información. Consulte la información de contacto de SCN en la tabla a continuación.
3. También puede visitar su sitio web para comenzar una autoevaluación.

Una vez que se comunica con el SCN, un Navegador de la asistencia social confirmará su elegibilidad haciendo preguntas, solicitando documentación de respaldo (si es necesario), y le dará más información sobre los servicios elegibles y lo ayudará a contactarse con ellos.

SCN	Condados	Número de teléfono
Care Compass Collaborative	Broome, Chenango, Delaware, Otsego, Tioga, Tompkins	607-352-5264
	https://carecompasscollaborative.org/social-care-network/	
Forward Leading IPA	Allegany, Cayuga, Chemung, Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne, Wyoming, Yates	315-264-9991
	https://forwardleadingipa.org/welinkcare	
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau, Suffolk	516-505-4434
	https://healiny.org/	

SCN	Condados	Número de teléfono
Healthy Alliance Foundation Inc.	Albany, Columbia, Greene, Rensselaer, Montgomery, Saratoga, Schenectady, Schoharie	518-520-3211
	Cortland, Herkimer, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego	315-505-2290
	Clinton, Essex, Franklin, Fulton, Hamilton, Jefferson, Lewis, St. Lawrence, Warren, Washington	518-656-8312
	https://www.healthyalliance.org/member/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc.	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	800-768-5080
	https://hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	888-755-5045
	https://www.wholeyou.nyc/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond	917-830-1140
	https://statenislandpps.org/social-care-network/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	833-SOMOSNY (833-766-6769)
	https://www.somoscommunitycare.org/social-care-network/	
Western New York Integrated Care Collaborative Inc.	Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara	716-431-5100
	https://wnyscn.org/	

Servicios cubiertos de salud del comportamiento (salud mental y adicciones)

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios adultos

- **Tratamiento diurno continuo (CDT): Les brinda a los adultos con enfermedades mentales graves las habilidades y los apoyos necesarios para permanecer en la comunidad y ser más independientes. Puede asistir varios días por semana cuando las visitas duran más de una hora.**

- **Hospitalización parcial (PH): Un programa que brinda tratamiento de salud mental diseñado para estabilizar o ayudar a síntomas agudos en una persona que puede necesitar hospitalización.**

Atención de rehabilitación de salud mental para pacientes adultos ambulatorios

- **Tratamiento asertivo comunitario (ACT): ACT es un enfoque del equipo para el tratamiento, el apoyo y los servicios de rehabilitación. Muchos servicios los proporciona el personal de ACT en la comunidad o donde usted vive. ACT es para las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave o problemas emocionales.**

- **Servicios de tratamiento y rehabilitación para pacientes externos de salud mental (MHOTRS): Un programa que brinda tratamiento, evaluación y manejo de síntomas. Los servicios pueden incluir terapias individuales y grupales en una clínica en su comunidad.**

- **Servicios orientados de recuperación personalizada (PROS)** Un programa completo de recuperación si tiene una enfermedad mental grave y continua. El objetivo del programa es combinar el tratamiento, el apoyo y la terapia para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes adultos ambulatorios que cumplen con los requisitos clínicos. Estos también se conocen como CORE.

Servicios de recuperación y empoderamiento orientados a la comunidad (CORE): Programa de recuperación centrado en la persona con apoyos de salud conductual móviles para ayudar a desarrollar habilidades y promover la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios de CORE están disponibles para los miembros que han sido identificados por el estado a medida que cumplen con los criterios de riesgo de salud conductual de alta necesidad. Cualquier persona puede remitir a otra o autorremitirse a los servicios CORE.

- **Rehabilitación psicosocial (PSR): Este servicio ayuda con las habilidades para la vida, como forjar vínculos sociales; encontrar o mantener un trabajo; comenzar la escuela o retomarla; y utilizar los recursos de la comunidad.**

- **Apoyo y tratamiento psiquiátricos en la comunidad (CPST): Este servicio le ayuda a controlar los síntomas mediante el asesoramiento y el tratamiento clínico.**

- **Capacitación y apoyo familiar (FST) Este servicio proporciona a su familia y a amigos la información y las habilidades necesarias para ayudarle y apoyarle.**

- **Servicios de empoderamiento: apoyo de pares Este servicio le pone en contacto con compañeros especialistas que han transitado la recuperación. Usted recibirá apoyo y asistencia para las siguientes situaciones:**
    - Aprender a vivir con los problemas de salud y ser independiente
    - Tomar decisiones sobre su propia recuperación
    - Encontrar apoyo y recursos naturales

Servicios de crisis de salud mental para adultos

- **Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP):** Un programa basado en el hospital que brinda apoyo y camas de observación prolongada (hasta 72 horas) a personas que necesitan servicios de salud mental de emergencia.
- **Servicios móviles para casos de crisis o atención telefónica de crisis:** Un servicio comunitario que responde a las personas que están atravesando una crisis de salud mental o de adicción.
- **Programas residenciales para crisis:** Una residencia a corto plazo que brinda servicios durante las 24 horas del día, hasta 28 días, para las personas que experimentan síntomas de salud mental o complicaciones en la vida diaria que empeoran los síntomas. Los servicios pueden ayudar a evitar una hospitalización y apoyar el regreso a su comunidad.

Servicios para adicciones para pacientes adultos ambulatorios

Los centros de tratamiento con opioides (OTP): son sitios certificados por la Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción donde se administran medicamentos para tratar la dependencia de opioides. Estos medicamentos pueden incluir metadona, buprenorfina y suboxone. Estos centros también ofrecen asesoramiento y servicios educativos. En muchos casos, puede obtener servicios continuos en una clínica de OTP de por vida.

Servicios residenciales para la adicción para adultos

Los servicios residenciales son para personas que necesitan apoyo durante las 24 horas de su recuperación en un entorno residencial. Los servicios residenciales ayudan a mantener la recuperación a través de un entorno estructurado y libre de sustancias. Puede obtener apoyo grupal y aprender habilidades para ayudar en su recuperación.

Servicios de rehabilitación de adicciones para pacientes adultos internados

Centros de tratamiento de adicciones operados por el estado (ATC): brindan atención que responde a sus necesidades y apoya la recuperación a largo plazo. El personal de cada centro está capacitado para ayudar con múltiples afecciones, como enfermedades mentales. También apoyan la planificación de atención poshospitalaria. Los tipos de servicios de

tratamiento de la adicción son diferentes en cada centro, pero pueden incluir tratamiento asistido por medicamentos; problemas de apuestas, tratamiento específico de género para atender a hombres o mujeres, y mucho más.

Los programas de **rehabilitación de adicciones para pacientes internados** pueden proporcionarle un entorno seguro para la evaluación, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos por abuso de sustancias. Estas instalaciones ofrecen atención de 24 horas, los 7 días de la semana, es decir, están supervisadas en todo momento por el personal médico. Los servicios para pacientes internados incluyen el manejo de síntomas relacionados con la adicción y el control de las complicaciones físicas y mentales resultantes del consumo de sustancias.

Programas de desintoxicación para pacientes hospitalizados médicamente supervisados: ofrecen tratamiento para pacientes internados para una extracción moderada e incluyen supervisión bajo la atención de un médico. Algunos de los servicios que puede recibir son una evaluación médica en un plazo de veinticuatro (24) horas de ingreso y supervisión médica de afecciones de intoxicación y abstinencia.

Telesalud

Puede recibir algunos servicios a través de telesalud, cuando corresponda. Puede recibir servicios de telesalud a través de consultas electrónicas, que son comunicaciones entre su médico y especialistas. Es su elección si recibe servicios en persona o a través de telesalud. Si tiene más preguntas sobre telesalud, comuníquese con su Administrador de atención.

Cómo obtener atención fuera del área de servicio

Debe informar a su administrador de atención cuando viaja fuera de su área de cobertura. Si necesita servicios fuera de su área de cobertura, debe contactar al administrador de atención para que lo ayude a organizar los servicios.

Servicio de emergencia

Un servicio de emergencia implica la aparición repentina de una afección que representa una amenaza grave para su salud. Para emergencias médicas, llame al 911. Como se indicó anteriormente, no se necesita autorización previa para el servicio de emergencia. Sin embargo, debe notificar a VNS Health Total dentro de las 24 horas de la emergencia. Es posible que necesite servicios de atención a largo plazo después del incidente de emergencia que solo se pueden proporcionar a través de VNS Health Total.

Si está hospitalizado, un familiar u otro cuidador debe comunicarse con VNS Health Total dentro de las 24 horas de ingreso. Su administrador de atención suspenderá sus servicios de atención en el hogar y cancelará otras citas, según sea necesario. Asegúrese de notificar a su

médico de atención primaria o al planificador de altas del hospital para que se comunique con VNS Health Total para que podamos trabajar con él para planificar su atención después del alta del hospital.

Procedimientos de atención de transición

Los nuevos afiliados en VNS Health Total pueden seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción o hasta que se acuerde un nuevo plan de servicio centrado en la persona entre el nuevo afiliado y VNS Health Total, lo que ocurra primero.

Además, los nuevos afiliados en VNS Health Total pueden seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta noventa (90) días desde la inscripción con un proveedor de atención médica que no pertenece a la red de servicios si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad y otras políticas de VNS Health Total, y brinda información médica sobre la atención al plan.

Si su proveedor abandona la red de servicios, se puede seguir con un tratamiento continuo por un período de transición de hasta 90 días si el proveedor acepta el pago a la tasa del plan, acepta el control de calidad del plan y otras políticas, y brinda información médica sobre la atención al plan.

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors es un programa que puede ayudarlo a mudarse de un hogar de convalecencia de regreso a su hogar o residencia en la comunidad. Puede acceder a MFP/Open Doors si cumple con estos requisitos:

- Vivió en un hogar de convalecencia durante tres meses o más.
- Tiene necesidades de salud que se pueden satisfacer de manera segura a través de servicios en su comunidad.

MFP/Open Doors cuenta con personas, denominadas Especialistas y pares en la transición, que pueden reunirse con usted en el hogar de convalecencia y hablar sobre su regreso a la comunidad. Los Especialistas y pares en la transición no son lo mismo que los Administradores de atención y los planificadores del alta. Podrían ayudarlo de las siguientes maneras:

- Brindándole información sobre servicios y apoyos en la comunidad.
- Encontrando servicios ofrecidos en la comunidad para ayudarlo a ser independiente.
- Visitándolo o llamándolo después de que se mude para asegurarse de que tiene lo que necesita en su hogar.

Para obtener más información sobre MFP/Open Doors, o para programar una visita de un Especialista o par en la transición, llame a la Asociación de la Vida Independiente de New York al 1-844-545-7108, o envíe un correo electrónico a mfp@health.ny.gov. También puede visitar MFP/Open Doors por internet en www.health.ny.gov/mfp o www.ilny.org.

SECCIÓN IV: SERVICIOS DE MEDICAID NO CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Existen algunos servicios de Medicaid que VNS Health Total no cubre, pero Medicaid regular puede cubrir. Puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene una pregunta sobre si un beneficio está cubierto por VNS Health Total o Medicaid. Algunos de estos servicios cubiertos por Medicaid mediante el uso de su tarjeta de beneficios de Medicaid incluyen lo siguiente:

Farmacia:

La mayoría de los medicamentos recetados está cubierta por la Parte D de Medicare de VNS Health Total según lo descrito en la Sección 6 de la Evidencia de cobertura (EOC) de Medicare de VNS Health Total. Medicaid regular cubrirá algunos medicamentos que la Parte D de Medicare de VNS Health Total no cubre. Medicaid también puede cubrir medicamentos que nosotros denegamos.

Los servicios que se enumeran a continuación son servicios disponibles a través de Medicaid regular:

Ciertos servicios de salud mental, incluidos los siguientes:

- Servicios de administración de la atención de Health Home (HH+) y Health Home Plus (HH+)
- Servicios de rehabilitación brindados a los residentes de residencias comunitarias (CR) con licencia de OMH y programas de tratamiento basados en la familia
- Tratamiento diurno de la OMH
- Rehabilitación residencial de la OASAS para jóvenes
- Clínicas de salud conductual comunitarias certificadas (CCBHC)
- Centro residencial de tratamiento residencial de la OMH (RTF)

Para los afiliados de MAP hasta los 21 años:

- Servicios de tratamiento y apoyo para niños y familias (CFTSS)
- Servicios para niños basados en la comunidad y en el hogar (HCBS)

Ciertos servicios para personas con discapacidades del desarrollo e intelectuales, que incluyen lo siguiente:

- Terapias a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Coordinación de servicios de Medicaid
- Servicios recibidos conforme a Exención de los servicios basados en el hogar y la comunidad

Otros servicios de Medicaid

- Terapia de observación directa para la tuberculosis
- Los medicamentos y servicios médicos médicamente necesarios para mejorar la ovulación relacionados con la prescripción y el control del uso de estos medicamentos, para los miembros que cumplan con los criterios.

Planificación familiar

- Los miembros pueden ir a cualquier médico o clínica de Medicaid que preste atención médica de planificación familiar. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP).

Transporte que no sea de emergencia

- Cubierto por Medicaid regular y organizado por el Agente de Transporte Estatal, con la excepción de los programas de Cuidado Social Diurno para Adultos (SADC). Los proveedores de SADC son responsables de proporcionar transporte hacia y desde sus programas para los miembros.

SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR VNS HEALTH TOTAL NI MEDICAID

- Debe pagar los servicios que no estén cubiertos por VNS Health Total ni Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos Y usted acepta pagarlos. Algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos por VNS Health Total o Medicaid son los siguientes:
    - Cirugía estética si no es médicamente necesaria
    - Artículos personales y para la comodidad
    - Servicios de un proveedor que no forma parte del plan fuera de una emergencia médica (a menos que VNS Health Total autorice la consulta con ese proveedor)

Llame al equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si tiene preguntas.

SECCIÓN V: AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, APELACIONES Y PROCESOS DE QUEJAS

Usted tiene Medicare y también obtiene asistencia de Medicaid. La información de esta sección comprende sus derechos para todos los beneficios de Medicare y para la mayoría de los de Medicaid. En la mayoría de los casos, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare o Medicaid. Esto a veces se llama “proceso integrado” porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

Sin embargo, para algunos de los beneficios de Medicaid, es posible que también tenga derecho a un proceso adicional de apelaciones externas. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones externas, consulte la página 229.

Sección 1: Solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina **solicitud de autorización de un servicio (también conocida como solicitud de decisión de cobertura).** Para obtener una solicitud de autorización de un servicio:

> Usted o su proveedor puede llamar a su Equipo de atención a nuestro número gratuito: 1-866-783-1444 (TTY: 711) o enviar su solicitud por escrito a:
>
> VNS Health Total
> Health Plans – Medical Management Department
> 220 East 42nd Street
> New York, NY 10017

Autorizaremos los servicios en un monto determinado y para un período específico. Esto se denomina **período de autorización.**

Autorización previa

Para algunos servicios cubiertos, se exige **autorización previa** (aprobación de antemano) del Departamento de Administración Médica de VNS Health Total antes de que usted los reciba. Usted o una persona de su confianza pueden solicitar la autorización previa. Se deben autorizar los siguientes tratamientos y servicios **antes** de recibirlos:

- Servicios de atención personal
- Atención médica a domicilio
- Servicios de atención médica de día para adultos
- Servicios de tareas en el hogar o limpieza

- Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Modificaciones en el entorno
- Entrega de comidas en el hogar
- Modificaciones de seguridad en el hogar
- Equipo médico
- Suministros médicos y quirúrgicos
- Atención en hogares de convalecencia
- Servicios médico-sociales
- Servicios de nutrición
- Sistema personal de respuesta de emergencia (PERS)
- Servicios privados de enfermería
- Servicio de atención social de día

Revisión simultánea

También puede solicitar al Departamento de Administración Médica de VNS Health Total obtener más de un servicio de los que recibe actualmente. Esto se denomina **revisión simultánea.**

Revisión retrospectiva

Algunas veces, realizaremos una revisión sobre la atención médica que está recibiendo para corroborar si aún la necesita. También podemos revisar otros tratamientos y servicios que ya haya recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva.** Le informaremos si realizamos estas revisiones.

¿Qué sucede después de que obtenemos su solicitud de autorización de servicio?

El plan de salud cuenta con un equipo de revisión para garantizar que obtenga los servicios para los que califica. Los médicos y el personal de enfermería se encuentran en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o el servicio que solicitó sean médicamente necesarios y correctos para usted. Esto lo hacen al controlar su plan de tratamiento según normas médicas establecidas.

Podemos decidir rechazar una solicitud de autorización de un servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado. Un profesional de atención médica calificado tomará estas decisiones. Si decidimos que el servicio que usted ha solicitado no es médicamente necesario, un colega revisor clínico tomará la decisión. Un colega revisor clínico puede ser un médico, un enfermero o un profesional de atención médica que, generalmente, proporcionan la atención que usted ha solicitado. Puede solicitar los estándares médicos específicos,

denominados **criterios de revisión clínica**, que se utilizan para tomar la decisión sobre la necesidad médica.

Después de que obtenemos su solicitud, la revisamos conforme al proceso de **seguimiento rápido** o **estándar**. Usted o su proveedor pueden solicitar una revisión de seguimiento rápido si alguno considera que un retraso causaría un daño grave a su salud. Si rechazamos su solicitud de revisión de seguimiento rápido, le informaremos y manejaremos la solicitud conforme al proceso de revisión estándar. En todos los casos, revisaremos su solicitud tan rápido lo requiera su afección médica, pero no posterior a lo mencionado a continuación. A continuación, encontrará más información sobre el proceso de seguimiento rápido.

Le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o rechazamos el monto solicitado. También le informaremos el motivo de la decisión. Explicaremos las opciones que tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Proceso estándar

Por lo general, utilizamos el plazo estándar **para informarl**e nuestra decisión sobre su solicitud de un artículo, servicio o tratamiento médico, a menos que hayamos aceptado utilizar los plazos rápidos.

- Una **revisión estándar** para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de los tres (3) días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero sin superar los **siete (7) días calendario** después de que hayamos recibido su solicitud. Si su caso es una **revisión simultánea** en la que solicita un cambio en un servicio que ya recibe, tomaremos una decisión en el plazo de 1 día laborable a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le daremos una respuesta en un plazo no mayor a siete (7) días calendario después de que hayamos recibido su solicitud.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia. Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los catorce (14) días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si cree que **no** deberíamos tomar 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. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de autorizaciones de servicios y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 4: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”).

Si no le comunicamos nuestra respuesta en el plazo de los siete (7) días calendario (o antes de que finalicen los días adicionales, si los utilizamos), puede presentar una apelación.

- **Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial**, autorizaremos el servicio o le daremos el artículo que solicitó.
- **Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial,** le enviaremos un Aviso de decisión de apelación en el que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Puede encontrar más información sobre cómo apelar esta decisión en la Sección 2: Apelaciones de Nivel 1.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si solicita servicios de rehabilitación para pacientes internados luego de una hospitalización, tomaremos una decisión en un plazo de 1 día hábil a partir de que dispongamos de toda la información necesaria, pero, a más tardar, 7 días después de recibir su solicitud. Antes de cumplido el séptimo día le informaremos si necesitamos más información.

Proceso de seguimiento rápido

Si su salud lo requiere, pídanos que le brindemos una **autorización rápida de servicio.**

- Una revisión rápida para una solicitud de autorización previa quiere decir que le daremos una respuesta en el plazo de 1 día laborable a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero nunca en un plazo mayor que **72 horas** después de la fecha en que nos hizo la solicitud.
- Podemos tomarnos **hasta catorce (14) días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como historias clínicas de proveedores fuera de la red de servicios) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, le comunicaremos por escrito qué información se necesita y por qué la demora es para su conveniencia.
- Tomaremos una decisión lo antes posible cuando recibamos la información necesaria, pero sin superar los catorce (14) días desde el día en que le solicitamos más información.
- Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, **puede presentar una queja rápida.** Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 4: “Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan”, que figura a continuación. Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), puede presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener información sobre cómo presentar

una apelación.

Para obtener una **autorización rápida** de servicio, debe cumplir con dos requisitos:

1. Solicitar cobertura para atención médica que aún no haya recibido. (No puede obtener una **autorización rápida de servicio** si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya haya recibido).
2. Usar los plazos estándar podría poner en grave peligro su salud o dañar su capacidad funcional.

Si su proveedor le indica que su salud requiere una autorización rápida de servicio, automáticamente aceptaremos proporcionarle una autorización rápida de servicio.

Si usted mismo nos pide la autorización rápida de servicio, sin el apoyo de su proveedor, decidiremos si su salud requiere que tomemos una **autorización rápida de servicio**.

Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una **autorización rápida de servicio**, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y utilizaremos los plazos estándares en su lugar).

- En esta carta, se le indicará que, si su proveedor le pide la **autorización rápida de servicio**, se la proporcionaremos automáticamente.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una **queja rápida** sobre nuestra decisión de proporcionarle una autorización estándar de servicio en lugar de la autorización rápida de servicio que solicitó.

(Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 4: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan, que figura más adelante en este capítulo.)

Si aceptamos su solicitud de manera total o parcial, debemos brindarle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para realizar nuestra autorización de servicio para su solicitud de un artículo o servicio médico, le brindaremos la respuesta al final de ese período extendido.

Si rechazamos su solicitud de manera total o parcial, le enviaremos una explicación detallada por escrito en la que se le indicará por qué la rechazamos. Si no está conforme con nuestra respuesta, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación, para obtener más información.

Si no llegáramos a comunicarnos con usted dentro de los plazos indicados, es porque rechazamos la solicitud de autorización de servicio. Si esto ocurre, tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la Sección 2: “Apelaciones de Nivel 1”, que figura a continuación,

para obtener más información.

Si modificamos un servicio que ya recibe:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hayamos aprobado que esté recibiendo actualmente, debemos informárselo al menos 15 días previos al cambio de servicio.
- Si estamos revisando la atención de salud que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago de esta atención en un plazo de 30 días después de obtener la información necesaria para la revisión retrospectiva. Si rechazamos el pago de un servicio, enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día en que rechacemos el pago. **No tendrá que pagar ninguna atención recibida que el plan o Medicaid hayan cubierto, incluso si posteriormente denegamos el pago al proveedor.**

Es posible que también tenga **derechos especiales de Medicare si su cobertura para servicios de atención hospitalaria, atención médica profesional en el hogar, atención en centros de atención de enfermería especializada o rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)** está finalizando. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* de VNS Health Total.

Qué debe hacer si desea apelar una decisión sobre su atención

Si rechazamos su solicitud de cobertura para un artículo o servicio médico, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a presentar una apelación y pedirnos que reconsideremos esta decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).
- VNS Health Total también puede explicarle los procesos de quejas y apelaciones disponibles para usted según la queja que tenga. Puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información sobre sus derechos y opciones disponibles.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 2: Apelaciones de Nivel 1 (también conocida como Apelación de nivel del plan)

La información de esta sección se aplica a todos los beneficios de Medicare y a la mayoría de

los de Medicaid. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Existen algunos tratamientos y servicios para los que necesita una autorización antes de recibirlos o para poder continuar recibiéndolos. Esto se denomina autorización previa. Solicitar la aprobación de un tratamiento o un servicio se denomina solicitud de autorización de un servicio. Describimos este proceso anteriormente en la Sección 1 de este capítulo. Si decidimos denegar una solicitud de autorización de servicio o aprobarla por un monto inferior al solicitado, recibirá un aviso denominado Aviso de determinación de cobertura integrada.

Puede presentar una apelación de Nivel 1:

Si no está satisfecho con una decisión tomada por VNS Health Total, puede presentar una apelación. Esto se denomina apelación de Nivel 1. El Capítulo 9 de su *EOC* de D-SNP de Medicare Advantage le indica cómo presentar una apelación de Nivel 1 sobre cualquier decisión que tome VNS Health Total.

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención de salud

Si VNS Health Total reduce, suspende o interrumpe un servicio que recibe actualmente, es posible que pueda continuar con el servicio mientras espera una determinación de apelación de Nivel 1.

Debe solicitar una apelación de Nivel 1:

- **Dentro de los diez (10) días desde que se le informa que su atención de salud está cambiando, o**
- **Para la fecha en que está programado el cambio del servicio, lo que ocurra después.**

Si su apelación de Nivel 1 resulta en otra denegación, no tendrá que pagar el costo de los beneficios continuos que recibe.

Si no está satisfecho con la decisión de su apelación de Nivel 1, puede apelar de nuevo. Esto se denomina apelación de Nivel 2. El Capítulo 9 de su *EOC* de D-SNP de Medicare Advantage le indica cómo presentar una apelación de Nivel 2 sobre cualquier decisión que tome VNS Health Total.

La asistencia continuará mientras se espera la decisión de una Audiencia imparcial

Es posible que pueda continuar con sus servicios mientras espera la determinación de la audiencia imparcial. La continuación de beneficios solo está disponible si VNS Health Total reduce, suspende o interrumpe un servicio, y el servicio está cubierto por Medicaid.

Debe solicitar una audiencia imparcial:

- **Dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de la carta de decisión de apelación, o**
- **Para la fecha en que está programado el cambio de los servicios, lo que ocurra después.**

Si su audiencia imparcial tiene como resultado otro rechazo, es posible que tenga que pagar el costo de cualquier beneficio continuo que recibió.

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Nivel 2 para un servicio cubierto por Medicare, es posible que tenga otras opciones de derechos de apelación. Para obtener más información sobre opciones adicionales de derechos de apelación, consulte el Capítulo 9 de su *EOC* de D-SNP de Medicare Advantage o llame a Servicios para Miembros.

Sección 3: Apelaciones externas para Medicaid solamente

Usted o su médico pueden solicitar una apelación externa para los **beneficios cubiertos por Medicaid solamente.**

Puede solicitar al estado de New York (el estado) una **apelación externa** independiente si nuestro plan decide rechazar la cobertura de un servicio médico que usted y su médico solicitaron porque no es médicamente necesario, o

- experimental o de investigación, o
- no es diferente de la atención médica que puede recibir en la red de servicios del plan, o
- estaba disponible a cargo de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades

Esto se denomina apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas aprobadas por el

estado. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de que apele ante el estado:

- Debe presentar una apelación de Nivel 1 ante el plan y obtener el Aviso de decisión de apelación del plan.
- O puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo si no ha recibido el servicio y solicita una apelación rápida. (Su médico deberá considerar si necesita una apelación externa acelerada).
- O bien, usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y optar directamente por la apelación externa.
- O puede comprobar que el plan no cumplió con las normas como corresponde durante el proceso de su apelación de Nivel 1.

Usted cuenta con **cuatro (4) meses** después de recibir el **Aviso de la decisión de apelación** del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y el plan acuerdan omitir el proceso de apelación del plan, debe solicitar la apelación externa en un plazo de cuatro (4) meses desde el momento en que celebró el acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete la solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros.

- Puede llamar a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita ayuda para presentar una apelación.
- Usted y sus médicos tendrán que brindar información sobre su problema médico.
- En la solicitud de apelación externa, se indica la información necesaria.

Las siguientes son algunas formas de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882.
- Visite la página web del Departamento de Servicios Financieros ingresando a www.dfs.ny.gov.
- Comuníquese con el plan de salud al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

El revisor tomará una decisión sobre su apelación externa en 30 días. Si el revisor de la apelación externa solicita más información, es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles). El revisor le informará a usted y al plan la decisión final en un plazo de dos días después de tomar la decisión.

Usted puede obtener una decisión más rápida si su médico indica que un retraso causaría un daño grave a su salud. Esto se denomina **Apelación externa acelerada.** El revisor de la apelación externa decidirá sobre una apelación acelerada en menos de 72 horas. El revisor le

informará a usted y al plan la decisión inmediatamente por teléfono o fax. Después, el revisor le enviará una carta con la decisión.

En cualquier momento del proceso, usted o una persona de su confianza también pueden presentar una queja sobre el tiempo de revisión ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Sección 4: Qué debe hacer si tiene una queja sobre nuestro plan

La información de esta sección se aplica **a todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid, excepto a la Parte D de Medicare. Esta información no se aplica a los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Esperamos que nuestro plan cumpla con sus necesidades. Si tiene problemas con la atención médica o el tratamiento que recibe de nuestro personal o proveedores, o si no está conforme con la atención o los servicios que le proporcionamos, llame a su equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) o comuníquese por escrito con su equipo de atención. El nombre formal para presentar una queja es interponer un reclamo.

Puede pedirle a alguien de su confianza que presente la queja a su nombre. Si necesita nuestra ayuda debido a un impedimento visual o auditivo o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No dificultaremos la situación para usted ni tomaremos medida alguna en su contra por presentar una queja.

Cómo presentar una queja:

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a su equipo de atención.** Si hay algo más que necesite hacer, su Equipo de atención se lo indicará. 1-866-783-1444 (TTY: 711), 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.) y días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.).
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), **puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Incluya la descripción de su queja, la fecha del incidente y cualquier información del proveedor, si corresponde.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con su equipo de atención de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.

¿Qué sucede después?

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- Respondemos la mayoría de las quejas en un plazo de treinta (30) días calendario.
- Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una autorización rápida de servicio o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida. Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- Sin embargo, si ya nos ha pedido una autorización de servicio o presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos de cuándo puede presentar una queja:
  - Si nos pidió que le brindemos una autorización rápida de servicio o una apelación rápida y dijimos que no lo haríamos.
  - Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para brindarle una autorización de servicio o una respuesta a una apelación que presentó.
  - Cuando se revisa una autorización de servicio que realizamos y se nos indica que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos dentro de plazos determinados y considera que no estamos cumpliendo con los plazos.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Apelaciones de quejas

Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su queja sobre los beneficios de Medicaid, usted o una persona de su confianza pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de la queja:

- Si no está conforme con lo que decidimos, tiene sesenta (60) días hábiles después de recibir la determinación para presentar una apelación de queja.

- Puede hacerlo usted o solicitarle a alguien de confianza que presente la apelación de la queja por usted.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito.
  - Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento por escrito.
  - Después de llamar, le enviaremos un formulario que resuma la apelación que realizó por teléfono.
  - Si está de acuerdo con nuestro resumen, debe firmar y regresar el formulario. Puede realizar cualquier cambio necesario antes de regresarnos el formulario.

¿Qué sucede después de que obtenemos su apelación de la queja?

Después de que recibamos su apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de los quince (15) días hábiles. En la carta, se le informará lo siguiente:

- Quién es la persona que está resolviendo su apelación de la queja.
- Cuál es la información de contacto de dicha persona.
- Si necesitamos más información.

Una o más personas calificadas revisarán su apelación de la queja. Estos revisores están en un nivel superior al de los que tomaron la primera decisión sobre su queja.

Si su apelación de la queja se relaciona con asuntos clínicos, uno o más profesionales de la salud calificados revisarán su caso. Al menos uno de ellos será un colega revisor clínico que no haya estado implicado en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Le informaremos nuestra decisión en un plazo de treinta (30) días hábiles desde el momento en que tengamos toda la información necesaria. Si un retraso pudiese poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en dos (2) días hábiles desde que tengamos toda la información. Le proporcionaremos los motivos de nuestra decisión y nuestra fundamentación clínica, si corresponde.

Si aún no está conforme, usted o una persona a su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del estado de New York llamando al 1-866-712-7197.

Defensor de los participantes

El defensor de los participantes, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN), es una organización independiente que brinda servicios de defensa gratuitos a los beneficiarios de atención a largo plazo del estado de New York. Puede llamar a la ICAN para

obtener asesoramiento gratuito e independiente sobre sus opciones de cobertura, quejas y apelaciones. Pueden ayudarlo a gestionar el proceso de apelación.

La ICAN también puede proporcionar apoyo previo a la inscripción en un plan MLTC como VNS Health Total. Este apoyo incluye asesoramiento imparcial respecto de la elección del plan de atención e información general relacionada con el plan.

Comuníquese con la ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
633 Third Ave, 10th Floor, New York, New York 10017
Sitio web: www.icannys.org | Correo electrónico: ican@cssny.org
Teléfono: 1-844-614-8800 (Servicio de retransmisión de TTY: 711)
lunes – viernes, 8:00 am – 6:00 pm

A través del sitio web de la ICAN, puede chatear con un asesor en vivo o enviar una solicitud para que uno le devuelva la llamada.

SECCIÓN VI: CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA MAP

La inscripción de los afiliados en el producto Medicaid Advantage Plus no se cancelará en función de ninguna de las siguientes razones:

- Mucho uso de los servicios médicos cubiertos, una afección existente o un cambio en la salud del afiliado.
- Capacidad mental disminuida o comportamiento no cooperativo o perturbador como resultado de las necesidades especiales, a menos que el comportamiento resulte en que el afiliado se vuelva no elegible para Medicaid Advantage Plus.

Puede elegir cancelar la inscripción voluntariamente

Puede solicitar dejar el PROGRAMA MAP de VNS Health Total en cualquier momento y por cualquier motivo.

Para solicitar la cancelación de la inscripción, llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711). El procesamiento podría tardar hasta seis (6) semanas en función de cuándo se reciba su solicitud. Puede cancelar su inscripción en Medicaid regular o inscribirse en otro plan de salud siempre y cuando cumpla con los requisitos. Si continúa necesitando CBLTSS, como atención personal, debe inscribirse en otro plan MLTC o programa de exención para el hogar y la comunidad para continuar recibiendo los servicios CBLTSS.

Deberá dejar el programa MAP de VNS Health Total si sucede lo siguiente:

- Si ya no se encuentra inscrito en VNS Health Total para su cobertura de Medicare.

- Si ya no es elegible para Medicaid.
- Si necesita atención en una residencia de ancianos, pero no es elegible para Medicaid institucional.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del plan durante más de treinta (30) días consecutivos.
- Si se muda permanentemente fuera del área de servicio de VNS Health Total.
- Si es un afiliado con estado heredado de MLTC y ya no es elegible para el nivel de atención en un hogar de convalecencia, según lo determinado a través de la CHA, a menos que la finalización de los servicios proporcionados por el plan podrían hacer que sea elegible para el nivel de atención en un hogar de convalecencia dentro del período de seis meses siguiente.
- Al momento de una nueva evaluación mientras vive en la comunidad, se determina que usted ya no cumple con el requisito de necesidades mínimas para las ADL.
- Si no ha recibido ninguno de los servicios de CBLTSS, como atención médica diurna para adultos, enfermería privada, servicios de asistente de salud en el hogar, CDPAS o servicios en el hogar, incluidos servicios de atención personal (Nivel 2), servicios de enfermería o terapias. Tenga en cuenta que los servicios de atención social diurna para adultos por sí solos no lo califican para continuar inscribiéndose.
- Si se inscribe en un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad, o se convierte en residente de un programa residencial de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Si se convierte en residente de un programa residencial de la OMH o la OASAS (que no es un beneficio cubierto por el plan MAP) durante cuarenta y cinco (45) días consecutivos o más.
- Si se negó a completar una nueva evaluación requerida.

Podemos solicitarle que abandone el programa MAP de VNS Health Total en los siguientes casos:

- Si usted, un familiar o un cuidador informal u otra persona en la familia está involucrado en conductas o comportamientos que afectan gravemente la capacidad del plan para proporcionarle servicios.
- Si no completa ni envía ningún formulario de consentimiento o de divulgación necesarios.

Antes de cancelar la inscripción de forma involuntaria, VNS Health Total obtendrá la aprobación de New York Medicaid Choice (NYMC) o la entidad designada por el estado para notificarle la intención de cancelar la inscripción. La fecha efectiva de desafiliación será el primer día del mes siguiente al mes en que se tramita la cancelación de la inscripción. Si

continúa necesitando los CBLTSS, se le pedirá que elija otro plan o se lo asignará automáticamente a otro plan para que le proporcione cobertura para los servicios necesarios. Al volver a inscribirse en el programa MAP, es posible que deba ser evaluado nuevamente por el NYIAP.

SECCIÓN VII: COMPETENCIA CULTURAL Y LINGÜÍSTICA

VNS Health Total honra sus creencias y es sensible a la diversidad cultural. Respetamos su cultura y su identidad cultural, y trabajamos para eliminar las disparidades culturales. Mantenemos una red de proveedores culturalmente competentes e incluimos y garantizamos la prestación de los servicios de una manera adecuada a toda la comunidad inscrita. Esto incluye, entre otros, aquellos con habilidades limitadas del inglés, diversos antecedentes culturales y étnicos, y diversas comunidades religiosas.

SECCIÓN VIII: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

VNS Health Total hará todo lo posible para garantizar que todos los miembros sean tratados con dignidad y respeto. En el momento de la inscripción, su administrador de atención le explicará sus derechos y responsabilidades. Si necesita servicios de interpretación, su administrador de atención se encargará de ello. El personal hará todo lo posible para ayudarle a ejercer sus derechos.

Derechos de los miembros

- Tiene derecho a recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a obtener acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Tiene derecho a que se mantenga la privacidad de su registro médico y cuando recibe tratamiento.
- Tiene derecho a recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada en una forma y un idioma que usted comprenda.
- Tiene derecho a recibir información en un idioma que comprenda; puede recibir servicios de interpretación sin cargo.
- Tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento.
- Tiene derecho a que se lo trate con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y a solicitar que dichos registros sean enmendados o corregidos.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Tiene derecho a recibir atención sin importar su género, raza, estado de salud, color, edad, nacionalidad, orientación sexual, estado civil ni religión.
- Tiene derecho a que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su plan de atención administrada a largo plazo, incluido cómo obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si estos no están disponibles en la red del plan.
- Tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud del estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales, y tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial a través de la Oficina de Audiencias administrativas o a recurrir a una apelación externa del estado de New York, según corresponda.
- Tiene derecho a designar a alguien para que lo represente en cuanto a su atención y tratamiento.
- Tiene derecho a buscar ayuda de un programa de defensoría del participante.

Responsabilidades del miembro

- Tiene la responsabilidad de recibir los servicios cubiertos a través de VNS Health Total.
- Tiene la responsabilidad de acudir a los proveedores de la red de VNS Health Total para estos servicios cubiertos, en la medida en que los proveedores de la red estén disponibles.
- Tiene la responsabilidad de obtener una autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos previamente aprobados o en caso de emergencia.
- Tiene la responsabilidad de ser visto por su médico, si se produce un cambio en su estado de salud.
- Tiene la responsabilidad de compartir información de salud completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Tiene la responsabilidad de informar al personal de VNS Health Total sobre cualquier cambio en su salud y hacerle saber si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Tiene la responsabilidad de seguir el plan de atención recomendada por el personal de VNS Health Total (con sus aportes).
- Tiene la responsabilidad de colaborar y ser respetuoso con el personal de VNS Health Total y no discriminar al personal de VNS Health Total debido a motivos relacionados con la raza, color, nacionalidad, religión, género, edad, capacidad física o mental, orientación sexual ni estado civil.
- Tiene la responsabilidad de notificar a VNS Health Total dentro de los dos días hábiles después de recibir servicios no cubiertos o no aprobados.
- Tiene la responsabilidad de notificar a su Equipo de atención médica de VNS Health Total con anticipación cada vez que no reciba servicios o atención que se haya acordado para usted.
- Tiene la responsabilidad de informar a VNS Health Total antes de mudarse fuera del área de servicio de manera permanente o de cualquier ausencia prolongada del área de servicio.
- Tiene la responsabilidad de asumir las consecuencias de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su cuidador.
- Tiene la responsabilidad de cumplir con sus obligaciones financieras.

Directivas anticipadas

Las directivas anticipadas son documentos legales que aseguran que sus solicitudes se cumplan en caso de que no pueda tomar decisiones por sí mismo. Pueden venir en forma de un poder para asuntos médicos, un testamento de vida o una orden de no resucitar. Estos documentos pueden instruir qué atención desea recibir en determinadas circunstancias o pueden autorizar a un familiar o amigo en particular a tomar decisiones en su nombre.

Es su derecho hacer directivas anticipadas como prefiera. Es muy importante que documente cómo le gustaría que continuara su atención si ya no puede comunicarse con los proveedores de manera informada debido a una enfermedad o lesión. Comuníquese con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si ya tiene una directiva anticipada, comparta una copia con su administrador de atención para obtener ayuda para completar estos documentos. Si usted ya tiene instrucciones anticipadas, comparta una copia con su administrador de atención.

Información disponible mediante solicitud

- Información sobre la estructura y el funcionamiento de VNS Health Total.
- Criterios clínicos de revisión específicos relacionados con una afección médica particular y otra información que VNS Health Total tenga en cuenta al autorizar los servicios.
- Políticas y procedimientos de información de salud protegida.
- Descripción escrita de los acuerdos organizacionales y procedimientos vigentes del programa de control y mejora del rendimiento de la calidad.
- Políticas de acreditación de proveedores.
- Una copia reciente del estado financiero certificado de VNS Health Total; y políticas y procedimientos utilizados por VNS Health Total para determinar la elegibilidad de un proveedor.
- Si necesita información en otro idioma, tiene problemas de audición o de visión, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Opción de aviso electrónico

VNS Health Total y nuestros proveedores pueden enviarle avisos sobre autorizaciones de servicio, apelaciones del plan, quejas y apelaciones de quejas en formato electrónico en lugar de hacerlo por teléfono o correo. También podemos enviarle comunicaciones sobre su manual para miembros, nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* y los cambios en los beneficios de atención administrada de Medicaid electrónicamente, en lugar de por correo.

Podemos enviarle estos avisos por teléfono, portal web o correo.

Si desea recibir estos avisos en formato electrónico, debe pedírnoslo. Para pedir avisos en formato electrónico, comuníquese con nosotros por teléfono, en línea o por correo:

Teléfono: 1-866-783-1444
En línea: vnshealthplans.org/account
Correo: VNS Health, Health Plans – Care Team, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017

Cuando se comunique con nosotros, deberá hacer lo siguiente:

- Indicarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se envían por correo.
- Indicarnos cómo desea recibir los avisos que normalmente se hacen por teléfono.
- Brindarnos su información de contacto (número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico, número de fax, etc.).

VNS Health Total le informará por correo que ha solicitado recibir avisos en formato electrónico.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

VNS Health Total (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles. **VNS Health Total** 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 Total proporciona 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, tales como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **VNS Health Total** al 1-866-783-1444. (TTY: 711).

Si cree que VNS Health Total 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 un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

- 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 reclamo 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 Total: vnshealthplans.org.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-783-1444 (TTY: 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-783-1444 (TTY : 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-783-1444 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Albanian

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711) ۔	Urdu

Su Equipo de atención de VNS Health Total

Método	Equipo de atención: Información de contacto
Llame	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.)
Escriba a	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
Llame	1-800-701-0501.
TTY	711
Escriba a	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
Página web	https://aging.ny.gov/ health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel 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 Total Equipo de atención

Llame al: 1-866-783-1444
Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, 8 am - 8 pm (abr. - sept.). También ofrecemos servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8 am - 8 pm (oct. - marzo.) y los días laborables, 8 am - 8 pm (abr. - sept.).

Escriba a: VNS Health Health Plans
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Página web: vnshealthplans.org

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) del estado de Nueva York es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Llame al: 1-800-701-0501

TTY: Llame al servicio de retransmisión de Nueva York al número 711 y un operador lo conectará. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Escriba a: Department for the Aging
Two Lafayette Street, 16th Floor
New York, NY 10007-1392

Página web: aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

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 Total EOC_C Accepted 09242026